

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N^o

142

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 13 Janvier 1898, à 1 heure

Par J. ANDRÉ

Né à Tours (Indre-et-Loire), le 29 décembre 1869.

Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris.

Médaille de bronze de l'Assistance publique,

Ancien interne de l'hôpital de Tours,

Lauréat de l'Ecole de médecine de Tours,

Médaille d'or (Prix Tonnelé), 1893.

DE LA SIALORRHÉE

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges : MM. CHANTEMESSE, professeur.

GILBERT et NETTER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 13 Janvier 1898, à 4 heures

Par J. ANDRÉ

Né à Tours (Indre-et-Loire), le 29 décembre 1869.

Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris.

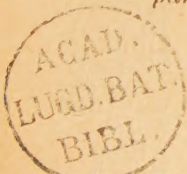
Médaille de bronze de l'Assistance publique,

Ancien interne de l'hôpital de Tours,

Lauréat de l'Ecole de médecine de Tours,

Médaille d'or (Prix Tonnelé), 1893.

DE LA SIALORRHÉE

*Président : M. HUTINEL, professeur.**Juges : MM. CHANTEMESSE, professeur.**GILBERT et NETTER, agrégés.**Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen..... M.	BROUARDEL.
	Professeurs.....	MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHT.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		{ HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNN.
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....		{ POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		{ BERGER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		{ LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchement.....		{ N...
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS.	RETTERRER.
ALBARRAN.	HARTMANN.	RICARD.
ANDBÉ.	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILÉAU.
BONNAIRE.	LETULLE.	THIERRY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHANTEMESSE.	MARIE.	TUFFIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VARNIER.
CHASSEVANT.	NELATON.	WALTHER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	travaux anatomi-	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	ques.	

Secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR KLIPPEL

Médecin des Hôpitaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Médecin des Hôpitaux

Professeur de pathologie interne.

Chevalier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder le sujet de notre thèse inaugurale nous voulons présenter ici, le témoignage de notre reconnaissance à ceux qui nous ont guidé dans nos huit années d'études médicales.

A nos maîtres de l'hôpital et de l'Ecole de Médecine de Tours, qui les premiers, nous ont aidé de leurs conseils et de leurs connaissances cliniques, nous sommes heureux d'exprimer notre gratitude.

A l'égard des maîtres des hôpitaux de Paris, qui ont bien voulu nous accepter comme élève, ce devoir nous sera également agréable à remplir.

Externe à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, nous avons eu comme maîtres, M. le professeur Chantemesse que nous remercions des conseils qu'il nous a donnés ; M. Marie, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, dont les leçons cliniques ont été pour nous si instructives et à qui nous sommes reconnaissant de la bienveillance qu'il nous a témoignée.

Que M. le professeur Tillaux, dont nous avons été l'externe dans le service de clinique chirurgicale de la Charité, reçoive aussi nos remerciements.

Interne provisoire à l'Hôtel-Dieu-Annexe de M. le docteur Klippel, médecin des hôpitaux, nous avons pu compléter notre éducation médicale particulièrement en ce qui concerne les maladies nerveuses, grâce aux conseils cliniques et à l'érudition profonde de ce maître à qui nous devons encore l'inspiration de cette thèse : nous lui renouvelons ici l'expression de notre reconnaissance.

Nous voulons aussi remercier M. le docteur Potocki accoucheur des hôpitaux de nous avoir permis, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, de nous perfectionner dans la pratique des accouchements.

Nous exprimons à M. le docteur Vaquez, médecin des hôpitaux, notre gratitude pour la grande sympathie qu'il nous a témoignée.

Nous adressons nos remerciements à MM. les docteurs Marquezy et Lyon des conseils qu'ils nous ont donnés comme chefs de clinique médicale, ainsi qu'à MM. les docteurs Thierry et Rieffel, chirurgiens des hôpitaux, dont l'enseignement nous fut des plus utiles. Que M. le docteur Arrou, chirurgien des hôpitaux, qui nous a maintes fois aidé de ses conseils et de ses encouragements, soit assuré de notre gratitude.

Externe de M. le professeur Hutinel à l'hôpital des Enfants Assistés, nous nous sommes familiarisé avec les maladies des enfants et nous avons appris à en

connaître les difficultés grâce à l'enseignement plein d'intérêt de ce maître en clinique infantile. En acceptant de présider notre thèse, il nous fait un honneur dont nous sommes fier et nous lui présentons, avec nos remerciements, l'expression de notre vive reconnaissance.

De la Sialorrhée

INTRODUCTION

La physiologie nous montre la place importante qu'occupent les glandes salivaires dans les fonctions digestives et le rôle à la fois physique et chimique de leur sécrétion. Au point de vue pathologique, la salivation présente également une importance qui a été de plus en plus mise en relief à mesure que les recherches se sont multipliées à ce sujet. Si en effet la sécrétion salivaire peut dans quelques cas être diminuée, constituant le symptôme qu'on appelle l'asialie, il en est d'autres plus nombreux où elle est au contraire exagérée, donnant lieu au symptôme clinique qui est désigné sous le nom de sialorrhée ou ptyalisme.

Lorsqu'on recherche dans la littérature médicale les cas d'hypersécrétion, on en trouve un certain nombre d'exemples disséminés; mais beaucoup d'entre eux,

surtout avant ces quarante dernières années, ont passé sinon inaperçus du moins peu remarqués.

C'est surtout depuis que les recherches physiologiques ont montré l'influence du système nerveux sur la sécrétion salivaire, que l'attention a été attirée sur ce symptôme. On a examiné plus en détail les conditions dans lesquelles il survenait et mieux recherché les causes qui le déterminaient.

La sialorrhée se présente en effet dans un grand nombre d'affections et elle peut être placée dans la pathologie générale à côté des autres syndromes, polyurie, ictère, glycosurie, etc... Cependant on ne le trouve pas décrit dans les traités de pathologie ; parmi les rares travaux publiés sur ce sujet, nous signalerons deux cliniques de Tanquerel des Planches (1), les leçons de Vulpian sur la salive (2), deux articles, l'un de M. Letulle, l'autre de M. Villemin. Enfin plus récemment une revue de MM. Klippel et Lefas (3) qui a l'avantage de présenter les faits disparates publiés jusqu'alors dans un ordre logique et d'apporter des documents tout nouveaux au point de vue anatomo-pathologique.

Nous inspirant de ces travaux, nous y ajouterons quelques faits que nous avons recueillis et nous cher-

(1) Tanquerel des Planches. — Journal de médecine, juin et juillet, 1844.

(2) Vulpian. — Cours, 1874, dans (l'Ecole de médecine).

(3) Klippel et Lefas. — (De la Sialorrhée), in Gazette des Hôpitaux, mai 1897,

cherons à interpréter dans ces différents cas le symptôme sialorrhée, en montrant qu'il est sous la dépendance intime du système nerveux.

Nous suivrons, dans notre travail, le plan que MM. Klippel et Lefas ont adopté pour l'exposé des causes de la sialorrhée. Après avoir montré l'action du système nerveux sur le fonctionnement des glandes salivaires et fait en même temps, dans ce premier chapitre, l'historique de la question ainsi que l'exposé des différentes expérimentations, nous ferons dans un second chapitre la description du symptôme et nous signalerons les modifications que subit la salive dans la sialorrhée.

Dans le troisième chapitre nous exposerons les cas dans lesquels ce symptôme a été observé ; dans le quatrième, nous décrirons les lésions que détermine du côté des glandes salivaires l'hypersécrétion prolongée ainsi que les altérations signalées chez un tabétique.

Nous terminerons par un chapitre sur la valeur diagnostique et pronostique de ce symptôme.

CHAPITRE PREMIER

1° Rôle du système nerveux dans la sécrétion des glandes salivaires. — Historique.

La salivation est au point de vue physiologique considérée comme un phénomène d'origine réflexe. Cette opinion aujourd'hui bien admise n'a pas toujours été celle qu'on se faisait de cette sécrétion.

Les anciens expliquaient celle-ci par une sorte de congestion, par une augmentation de la pression sanguine, sous l'influence de laquelle le sérum du sang transsudait dans les canaux salivaires. Mitscherlich fit intervenir l'influence du système nerveux, mais dans l'excrétion seulement. C'est à Ludwig que revient l'honneur d'avoir montré le rôle du système nerveux dans cette sécrétion.

En 1851, au cours de plusieurs expériences, soit en liant les carotides chez un chien, soit en le décapitant, il déterminait encore la salivation par des excitations diverses de la muqueuse linguale. Il montra de plus,

qu'après section, l'excitation du bout inférieur du lingual ou de son filet glandulaire amenait la sécrétion de la glande sous-maxillaire.

Schiff, dans la même année, sectionne la corde dans la caisse du tympan et voit que la sécrétion s'arrêtait après avoir subi une augmentation momentanée.

Puis ces expériences furent contrôlées par le grand physiologiste Cl. Bernard. Il remarqua de plus que l'excitation du lingual, outre une hypersécrétion, détermine une suractivité de la circulation glandulaire. Cette constatation faite en 1858 démontrait l'existence de nerfs vaso-dilatateurs. Czermak avait d'autre part étudié le rôle du grand sympathique : il électrisait le ganglion cervical supérieur ou encore le rameau allant à la glande et remarquait que, alors même qu'il y avait hypersécrétion par excitation préalable du lingual, l'arrêt de la sécrétion se produisait.

Ekhard et Adrian répétant cette expérience, trouvèrent la sécrétion peu abondante, trouble, visqueuse, présentant tous les caractères de ce qu'on appelle la salive paralytique ou sympathique. Ces recherches qui portaient toutes sur la glande sous-maxillaire, montraient donc l'action antagoniste de la corde du tympan et du grand sympathique sur les vaisseaux : la première étant vaso-dilatatrice ; le second vaso-constricteur. Mais Ludwig avait insisté sur le rôle purement sécrétoire de certains nerfs indépendamment de leur rôle vaso-dilatateur. Heidenbain empoisonnant un chien par le sulfate d'atropine qui paralyse les fibres sécré-

toires de la corde du tympan, montra qu'en électrisant celle-ci on pouvait encore produire les effets vasculaires ordinaires. De plus Bidder et Heidenhain mirent également en évidence l'existence de fibres sécrétoires dans le grand sympathique à côté des fibres vaso-constrictives. en montrant que, comme l'avait vu Czermak, l'excitation de ce nerf n'arrêtait la sécrétion par vaso-constriction qu'après une légère exagération préalable.

Dans des expériences plus récentes encore, Jolyet et Laffont ont vu qu'après section du facial dans le crâne les phénomènes de sécrétion étaient abolis dans la sous-maxillaire et la sublinguale, alors que les phénomènes vaso-dilatateurs persistent quand on excite la corde du tympan. Ils en concluent que les filets excito-sécrétoires de la corde lui viennent du facial et que les filets vaso-dilatateurs viennent du trijumeau, faits prouvés par de nouvelles expériences de Jolyet en 1885.

Pour la glande sublinguale des expériences ont également montré que la corde du tympan était son nerf excito-sécrétoire.

Pour la parotide, Cl. Bernard pratiquant l'arrachement du facial abolissait la sécrétion de cette glande : ce nerf agirait alors, d'après Schiff, par l'intermédiaire du nerf petit pétreux superficiel qui va au ganglion otique pour se joindre alors au rameau auriculo-temporal du trijumeau et gagner ainsi la parotide.

Pflüger a décrit enfin, ce qui serait la démonstra-

tion anatomique de l'existence des fibres excito-sécrétoires prouvée par l'expérimentation, des fibrilles nerveuses qui iraient se perdre dans les cellules elles-mêmes.

Aujourd'hui cependant, ces terminaisons intra-cellulaires ne sont pas admises par les anatomistes qui font terminer les fibrilles nerveuses entre les cellules sécrétoires.

2° Salivation expérimentale.

A. — VOIE CENTRIFUGE SUIVIE PAR L'EXCITATION
NERVEUSE VERS LES GLANDES.

B. — CENTRE SALIVAIRE. — C. — VOIES CENTRIPÈTES.

A. *Voie centrifuge.* — Les fibrilles dont nous venons de parler représentent donc la partie terminale des voies centrifuges suivies par les excitations nerveuses pathologiques ou physiologiques. Reprenons en sens inverse le chemin qu'elles ont parcouru. De la glande sous-maxillaire, nous rencontrons le ganglion sous-maxillaire, puis suivant le lingual nous gagnons la corde du tympan.

Celle-ci nous représente, suivant l'opinion de M. Mathias Duval (1) aujourd'hui admise, le prolon-

(1) Math. Duval. — Cours de Physiologie, 1897.

gement de l'intermédiaire de Wrisberg qui, accolé au nerf facial, aboutit au bulbe.

B. Centre salivaire. — Dans le bulbe l'existence d'un centre salivaire paraît démontrée par les expériences de Cl. Bernard qui, en piquant le plancher du 4^e ventricule, observa en même temps que des symptômes diabétiques de la sialorrhée.

Ce centre est situé dans la portion élargie du plancher ventriculaire, dans la région bulbo-protubérantielle, un peu au-dessus du point dont la piqûre détermine la glycosurie et l'albuminurie, au niveau du noyau du facial et du glosso-pharyngien.

C. Voies centripètes. — A ce centre arrivent les fibres qui viennent de l'écorce cérébrale par un trajet encore inconnu, mais dont l'existence est prouvée par l'expérimentation : c'est ainsi que la sialorrhée a pu encore être obtenue par la piqûre de la protubérance (Cl. Bernard). Des phénomènes pathologiques tels que des hémiplegies par ramollissement ou par hémorragie cérébrale se sont accompagnés de sialorrhée, due à une irritation de voisinage provoquée par ces lésions ou due à la suppression de l'influence modératrice de l'écorce cérébrale. Enfin du côté de cette écorce, les physiologistes ont également cherché à localiser le point de départ de l'excitation salivaire.

Lépine et Bochefontaine, en 1875, ont provoqué la sécrétion de la glande sous-maxillaire par l'excitation

du lobe antérieur des hémisphères cérébraux ; Beaunis, par la cautérisation électrolytique de la base du cerveau dans la région du 3^e ventricule, détermine même symptôme.

Bechterew et Mislowsky (1) en 1888, trouvent très active la région de la 4^e circonvolution située au dessus de la scissure de Sylvius. Des courants très faibles suffisaient à provoquer la sécrétion parotidienne et sous-maxillaire ; si les excitations étaient fortes elles étaient encore efficaces en les appliquant sur le gyrus sygmoïde en avant du sillon crucial.

Ces expériences montrent que les voies centripètes des excitations transmises au centre bulbaire peuvent être dans l'encéphale ainsi que le point de départ de ces excitations. En effet, à côté de ces excitations mécaniques, les excitations psychiques peuvent aussi provoquer le réflexe salivaire constituant ce qu'on appelle les phénomènes idéo-moteurs (Carpenter).

Nous allons maintenant passer en revue les différentes voies que peuvent encore suivre les excitations centripètes ; celles-ci sont assez nombreuses en effet et leur point de départ parfois très éloigné des glandes salivaires nous permet de comprendre comment l'origine de la sialorrhée fut souvent méconnue.

Le point de départ peut être une excitation portant sur les terminaisons sensibles de la muqueuse buccale

(1) Neurologisches Centralblatt, n^o 20.

sous l'influence de substances sapides ou d'impressions tactiles.

D'après quelques auteurs les nerfs excito-sécrétoires seraient accompagnés de fibres sensibles (1) et le réflexe peut être provoqué par l'excitation de ces fibres mêmes. En nous éloignant de la cavité buccale, l'expérimentation nous montre encore que les différentes parties du tube digestif peuvent subir des excitations déterminant la sécrétion salivaire.

Frerichs introduisait dans l'estomac, par une fistule gastrique, des substances alimentaires, et le flux salivaire apparaissait pour persister jusqu'à la fin de la digestion.

L'excitation du pneumogastrique a encore été déterminée expérimentalement par Œhl qui, excitant le nerf vague d'un côté provoquait de la salivation de la sous-maxillaire correspondante : phénomène qui ne se produisait pas si la corde du tympan était sectionnée.

Le grand splanchnique peut être aussi le point de départ du réflexe salivaire. Owsjannikow et Tschiriew électrisant les extrémités périphériques de ce nerf ainsi que celles du sciatique ou les parois abdominales, déterminaient une sécrétion anormale des glandes salivaires et attribuaient ce phénomène à une augmentation de pression dans tout l'arbre artériel.

Vulpian, Grützner et Chtapowsky montrèrent que

(1) Moussu. — Archives de Physiologie, 1890.

cette salivation était due à un réflexe se transmettant par l'axe bulbo-spinal.

De même, nous l'avons dit, l'excitation du bout central du nerf sciatique produit un réflexe analogue.

M. Gley (1) a insisté sur ce fait que cette excitation n'agissait pas après une excitation préalable de la corde du tympan ou une injection de pilocarpine. L'effet ne se produisait que si on laissait écouler un certain espace de temps : il y avait là une sorte de *phase réfractaire* qui se retrouve dans plusieurs actes réflexes.

1° Donc, en nous résumant, la salivation peut être provoquée par des excitations portant sur les différents nerfs dont nous venons de parler ou sur différentes parties de l'encéphale, toutes déterminant une action réflexe du centre salivaire.

2° Ce centre peut être excité lui-même directement :

3° L'excitation peut porter sur les voies centrifuges elles-mêmes.

Le point de départ pourrait-il être dans les ganglions annexés à la corde du tympan ? D'après les expériences de Cl. Bernard combattues par Schiff, mais admises par Vulpian, ces ganglions jouent bien le rôle de centres. Pour Vulpian ils auraient un rôle plutôt modérateur : mais plus récemment M. Wertheimer (2) reprenant les expériences de Cl. Bernard, a

(1) Gley. — Archives de Physiologie, 1889.

(2) Wertheimer. — Archives de Physiologie, 1896.

montré que le ganglion sous-maxillaire pouvait remplir le rôle de centre réflexe, après section de tous les conducteurs joignant les glandes au bulbe, et être le point de départ d'une excitation sécrétoire.

Connaissant ainsi les causes expérimentales ou physiologiques qui déterminent la sécrétion salivaire, nous pourrons aborder l'examen des cas d'hypersécrétion pathologique et nous rendre compte des causes qui la provoquent.

CHAPITRE II

A. Description du symptôme.

B. Modifications de la salive.

A. — Sous le nom de sialorrhée, de ptyalisme ou de flux salivaire nous désignons un symptôme qui consiste dans l'exagération pathologique de la sécrétion des glandes salivaires. Chez l'adulte, la quantité normale de salive sécrétée en 24 heures a été fixée par les différents auteurs dans des limites qui varient de 150 à 1500 grammes. Tanquerel des Planches l'estime à 390 grammes, Bidder et Schmidt au contraire à 1500 ou 2000 grammes. La difficulté qu'on éprouve à recueillir d'une façon exacte toute la salive sécrétée, l'influence très nette de nombreuses causes physiologiques sur la sécrétion, nous expliquent ces écarts d'estimation. Mais le ptyalisme, comme symptôme morbide, se reconnaît assez facilement par les phénomènes qu'il détermine.

Lorsque la sécrétion est un peu augmentée chez un sujet, celui-ci éprouve la sensation qu'il a la bouche

constamment pleine de salive. De là la nécessité de déglutitions répétées qui peuvent occasionner tout d'abord de la fatigue puis une véritable douleur, et le malade en est réduit à ne plus avaler sa salive qu'il laisse écouler au dehors. D'autres peuvent pendant un certain temps s'en débarrasser par des expuitions ou des sputations fréquentes ; mais si l'hypersécrétion s'accuse et persiste, la fatigue survient également et le malade aboutit au même résultat qui est de laisser couler de sa bouche entr'ouverte cet excédent de salive.

Parfois ce mode d'élimination est celui qu'on observe le premier, lorsque l'hypersécrétion est immédiatement très abondante ou que la salive présente une viscosité particulière qui ne permet pas les mouvements de déglutition. C'est ce qui s'observait chez le malade autic douloureux de la face dont nous relatons l'observation. Chez lui en effet la salive s'écoulait sans interruption au moment de ses crises, formant jusqu'au récipient dans lequel il la recevait une série de stalactites ininterrompues. L'écoulement de cette salive sur les joues, sur le menton, peut même déterminer au bout d'un certain temps un érythème analogue à celui que produit l'écoulement de sérosité nasale dans le coryza.

L'hypersécrétion peut se produire la nuit comme le jour et l'écoulement hors de la bouche est alors plus considérable, les mouvements de déglutition étant moins fréquents pendant le sommeil. Tanquerel des Planches signale d'autre part des malades chez les-

quels la sialorrhée se supprimait pendant la nuit. Parfois enfin on a vu le malade tenu dans l'insomnie par un besoin incessant de cracher ; la salive qui s'accumulait dans la bouche pendant le sommeil pénétrant dans les voies aériennes et déterminant de la toux et de la suffocation.

Le ptyalisme peut être continu, c'est ce qui s'observe dans un grand nombre de cas ; dans d'autres, au contraire, il est intermittent. Il survient alors par accès durant de quelques minutes à plusieurs heures. Les accès peuvent survenir plusieurs fois par jour, se répéter plusieurs jours, plusieurs semaines de suite, ou ne se produire que par intermittences plus ou moins éloignées : parfois la sialorrhée étant continue peut présenter des paroxysmes intermittents..

Que l'hypersécrétion soit continue ou intermittente aussitôt qu'elle est un peu marquée, la façon dont se présentent ces malades est assez caractéristique et les différents auteurs qui ont décrit des cas de sialorrhée l'ont mise en relief. Ces malades portent toujours avec eux un récipient dans lequel ils crachent sans cesse, et qu'ils remplissent plusieurs fois en quelques heures ou bien des mouchoirs, des serviettes qu'ils mouillent complètement de leur hypersécrétion.

D'autres symptômes accompagnent parfois le ptyalisme, les uns qui peuvent être cause de l'hypersécrétion, les autres qui sont concomitants ou en sont la conséquence.

C'est ainsi que l'on observe des troubles nerveux

divers et plus particulièrement du côté des nerfs crâniens; des douleurs névralgiques sur le trijumeau (branches maxillaires inférieure et supérieure) peuvent exister et dans ce cas les crises être provoquées par des mouvements du maxillaire inférieur (mastication, déglutition, etc.); des douleurs sur le trajet de la branche ophtalmique de Willis, cas dans lequel on observe aussi du larmolement. Enfin la paralysie faciale, la paralysie labio-glosso-laryngée, des troubles du goût, de l'odorat, accompagnent parfois la sialorrhée. D'autres phénomènes d'hypersécrétion peuvent lui succéder et la remplacer, tels que le larmolement (Observation IX), hypersécrétion nasale unie ou bilatérale (Observation VII), le catarrhe pharyngien.

Bientôt ces troubles sécrétoires ont un retentissement sur les autres sécrétions, urinaires et sudorales surtout, qui sont diminuées. Les sécrétions intestinales, pancréatiques, gastriques sont également influencées et l'on voit apparaître des troubles dyspeptiques sur lesquels les auteurs ont insisté en montrant qu'ils sont consécutifs à la sialorrhée.

L'estomac en effet est embarrassé par la quantité considérable de salive qu'il reçoit et ne produit que peu de suc gastrique. De là résulte bientôt un amaigrissement qui a été bien prouvé expérimentalement par Wright : s'étant soumis à une salivation prolongée, cet auteur perdit jusqu'à 11 livres de son poids en une semaine.

L'amaigrissement est encore expliqué par ce fait

que les malades ne peuvent souvent plus faire les mouvements de déglutition qui sont douloureux et que la perte de salive soustrait à l'organisme une quantité de principes utiles considérables.

On voit alors apparaître une véritable cachexie accompagnée de certains phénomènes (sensibilité au froid, convulsions) qui en dépendent. La sialorrhée peut donc mettre dans ces cas la vie du malade en danger, par son intensité même.

B. — *La quantité* de salive ainsi rendue par un malade peut être considérable. Par accès on peut en recueillir de 3 à 400 grammes ; par jour jusqu'à 2 et 3 kilogrammes, parfois jusqu'à 7 ou 8 livres. A ce chiffre, il faudrait ajouter la quantité que les malades déglutissent.

La salive dans la sialorrhée a un *aspect* tantôt claire et limpide comme à l'état normal, tantôt au contraire filtrante, visqueuse, comme du blanc d'œuf, elle peut être trouble, louche, opalescente.

La *densité* est de 1003 à 1004, mais pourrait dans quelques cas, d'après Fubini (1878), diminuer quand la quantité augmente.

Dans les affections nerveuses en général, la salive excrétée en grande abondance ne présente pas d'*odeur* particulière, ce qui s'observe au contraire dans la salivation due à une affection organique de la bouche. Ainsi dans le scorbut, dans l'intoxication par le mercure et dans ces cas, elle est due à la putréfaction de

l'épithélium, du pus, des substances alimentaires, etc.

Parfois la salive peut, en dehors des troubles du goût que nous avons signalés, présenter une *saveur* métallique ou salée, laisser un goût particulier, de fumeterre par exemple (observation).

Les *caractères chimiques* de cette salive ont été étudiés, mais peu dans le ptyalisme de cause essentiellement nerveuse.

La salive est le plus souvent alcaline ; l'acidité est exceptionnelle : Mitscherlich l'a signalée, Tanquerel des Planches ne l'a jamais observée. Elle doit être sans doute attribuée aux fermentations. L'eau peut y être en plus ou moins grande abondance qu'à l'état normal. On y retrouve du mucus, des matières grasses assez abondantes.

L'albumine qui fait défaut dans la salive normale, y a été décelée dans quelques cas. Les matières salines y sont en quantité supérieure à la normale. Le sulfo-cyanure de potassium ferait défaut pour Simon et Wright ; pour Lehmann, au contraire, il serait en plus grande quantité. Pour la ptyaline, les trois auteurs ci-dessus l'ont trouvée diminuée. Plus récemment, M. Gérard (1) a publié l'examen de la salive d'un épileptique atteint de sialorrhée. Il signale la présence d'un ferment oxydant qui a été trouvé dans la salive normale par P. Carnot. De plus il a reconnu que le pouvoir amylolytique de cette salive était accru. Alors

(1) Société Biologie, 1897, nov.

que, chez l'homme sain, comme l'a montré Jawein par un procédé opératoire particulier, la quantité de maltose formée est de 0 gr. 368 à 0 gr. 555 pour 100, chez le malade elle a été dans deux recherches de 0.639 et 0.603 pour 100, c'est-à-dire sensiblement plus considérable.

Ce fait a été également signalé dans la sialorrhée des aliénés par Andréa Cristiani (1).

Tels sont les caractères de la salive dans la sialorrhée.

De nouvelles recherches dans ce sens sont nécessaires pour voir si les résultats obtenus s'appliquent à la majorité des cas.

Enfin, disons que dans le ptyalisme par intoxication on retrouve la substance (mercure-plomb) dans la salive. Rappelons à ce sujet que récemment l'élimination d'acide urique par les glandes salivaires a été signalée comme symptôme précoce chez un uricémique (2).

(1) Rivista sper. di freniatria et med. leg. XX, 2.

(2) Boucheron. — Société Biologie, mai 1896,

CHAPITRE III

Causes de la Sialorrhée.

La sialorrhée, avons-nous dit, n'a été étudiée avec attention que depuis les recherches physiologiques faites sur l'innervation des glandes salivaires. Les relations étroites qui unissent le système nerveux à cette sécrétion étant méconnues, les auteurs classaient les cas de sialorrhée sans aucun ordre : Nous inspirant du plan suivi par MM. Klippel et Lefas, nous allons passer en revue les causes qui peuvent provoquer la sialorrhée et chercher à montrer la pathogénie de ce symptôme.

A. SIALORRHÉE ESSENTIELLE.

Les anciens auteurs avaient admis l'existence d'une sialorrhéeessentielle : Tanquerel des Planches, Mitscherlich, Graves, Grèves, Guimper, Royer, en ont cité des exemples. Disons qu'un premier reproche peut être fait parfois à un certain nombre de ces observations : c'est

que l'examen du malade n'a pas été fait d'une façon absolument précise en ce qui concerne surtout l'état du système nerveux. D'autres, au contraire, n'ont plus la valeur qu'on leur attribuait par ce fait même de l'ignorance des auteurs, en ce qui concerne les connexions intimes existant entre la sialorrhée et certaines affections concomitantes. C'est ce qui ressort de l'examen des observations de Tanquerel des Planches, l'une concernant une femme à l'époque de la ménopause, l'autre une femme enceinte.

Donc le nombre des cas de sialorrhée essentielle doit être restreint : nous pouvons nous demander même s'il en existe réellement une.

Nous pouvons désigner sous le nom de névrose salivaire, comme MM. Klippel et Lefas ont appelé cette sialorrhée essentielle, une affection nerveuse caractérisée par une prédominance des signes salivaires, par opposition à d'autres névroses telles que l'hystérie, l'épilepsie, etc., dans lesquelles le ptyalisme survient comme un épiphénomène secondaire. Ainsi comprise, les cas en sont rares.

Ils s'observent chez des malades de tempérament très nerveux, mais chez lesquels les autres signes de névrose font défaut ou sont au second plan. Le symptôme prédominant, la sialorrhée, peut survenir alors à l'occasion d'un traumatisme, d'une infection très légère, qui ne sont pas assez intenses pour expliquer par leur action unique la production de cette hypersécrétion. Et cette conception s'explique d'une façon très exacte,

si on la rapproche des faits d'hypersécrétion semblable observés du côté des glandes de l'estomac dans les vomissements périodiques de Leyden, qui représentent également une des formes sous lesquelles se manifeste cette hyperexcitabilité nerveuse. Récemment encore, M. Œttinger (1) insistait sur cette similitude et considérait cette impressionnabilité spéciale du système nerveux comme due au neuro-arthritisme.

L'observation I en est un exemple bien net et qui permet de comprendre ce que l'on doit désigner par névrose salivaire.

B. SIALORRHÉE DANS LES NÉVROSES.

Passons maintenant aux autres névroses. Dans l'*épilepsie*, la salivation peut se produire en quantité assez considérable au moment de l'accès, pouvant accompagner des troubles du goût (sensations infectes ou nauséuses). Au moment de la crise, le spasme des muscles du cou et des mâchoires peut également jouer un rôle dans l'écoulement de la salive au dehors. Mais il est des cas où le symptôme sialorrhée prend une importance plus considérable. M. Féré (Observation II) en a cité un cas des plus intéressants, où la sialorrhée survient par accès, coïncidant avec les attaques épilep-

(1) Œttinger. — Semaine médicale, juillet 1897.

tiques ou survenant en dehors d'elles, sans qu'il y eut d'ailleurs d'impression nauséuse.

L'auteur pense, à juste raison, que ce symptôme est dû à l'excitation de la partie antérieure de l'écorce cérébrale au voisinage des centres faciaux, ce qui serait confirmé par ce fait que les convulsions débutaient par la face pour se généraliser ensuite. Plus récemment M. Gérard (1) a signalé un cas de ptyalisme chez un épileptique dont il a analysé la salive : la quantité fournie atteignait jusqu'à 950 grammes par jour.

L'*hystérie* est des névroses celle dans laquelle la sialorrhée peut s'observer le plus souvent. Sydenham dans son ouvrage de l'affection hystérique la signale : « Il est assez ordinaire, dit-il, aux femmes hystériques de cracher, durant plusieurs semaines, une matière séreuse, ni plus ni moins que si elles avaient été frottées d'onguent mercuriel. » Nous avons insisté sur ce fait qu'un certain nombre de cas de sialorrhée essentielle devaient être mis sur le compte de l'hystérie. Aussi voyons-nous Tanquerel des Planches faire la remarque que « les femmes sont plus fréquemment atteintes que les hommes de ptyalisme idiopathique. » Chez ces malades, l'hypersécrétion apparaît à la suite de causes très variables et souvent futiles : les émotions morales, l'ingestion de boissons froides ou acides, l'impression produite par une odeur pénétrante la

(1) Gérard. — Soc. Biologie, nov. 1897.

déterminent et non d'une façon passagère, puisque Berlingius cite le cas d'une femme qui, après avoir respiré une poudre très odorante, fut prise de sialorrhée qui dura plusieurs années.

Le ptyalisme peut constituer une sorte d'aura sécrétoire, mais M. Gilles de la Tourette (1) a signalé en même temps un état gastrique particulier qui peut être considéré soit comme cause soit comme phénomène associé. Dans certains cas, la salivation marque la fin des accès et peut parfois remplacer la polyurie. Chez ces malades, le symptôme peut prendre une importance très grande et son pronostic devenir grave. En effet, il persiste souvent plusieurs semaines ou plusieurs mois après la crise, mettant la vie en danger si la suggestion n'arrive à guérir ces malades.

Enfin, M. Mathieu (2) a observé des hystériques rendant en abondance de la salive sanglante dont le sang proviendrait des glandes elles-mêmes.

La sialorrhée peut se présenter aussi dans la *neurasthénie* : les observations en sont peu nombreuses. Cependant, Peyer (3) relate le cas d'un malade de 39 ans, ni fumeur ni buveur, n'ayant pas d'hérédité nerveuse. Cet homme présenta une sialorrhée abondante, après des signes nets de neurasthénie caractérisée par des troubles dyspeptiques, de l'impuissance,

(1) Gilles de la Tourette. — Traité de l'Hystérie, t. III, 1895.

(2) Mathieu. — Société médicale des hôpit. (Communic. orale.)

(3) Peyer. — Munch médic. Wochenschr., janvier 1889.

ayant succédé assez rapidement à des pollutions répétées, des vertiges, des éblouissements, etc. Ce malade se maria et, grâce à un traitement approprié, obtint des érections durables et la possibilité de pratiquer le coït : la sialorrhée disparut alors.

Au cours du *goitre exophtalmique*, du *myxœdème*, on peut voir l'hypersécrétion salivaire se produire. Dans ces névroses qui s'accompagnent de troubles vaso-moteurs importants, la sialorrhée dépend de réflexes qui dénotent le trouble des fonctions des centres bulbaires, comme les sueurs, la polyurie, la diarrhée, etc. Une névrose plus rare, l'*hydrophobie rabiforme*, s'accompagne de salivations exagérées et de sputations. Elle survient avec l'ensemble symptomatique de cette affection : horreur des liquides, constriction de la gorge, sensations pénibles produites par les objets brillants, hyperesthésie des sens, convulsions, etc. Dans la *rage* elle-même, le ptyalisme qu'on observe peut être expliqué de deux façons : soit qu'on admette l'action directe du virus sur le centre salivaire, soit qu'on considère l'affection comme une névrose à cause spécifique.

Avant d'arriver aux affections organiques du système nerveux, nous signalerons encore la *paralysie agitante* qui peut s'accompagner de sialorrhée. Vulpian l'a constatée ; Charcot (1) observa une malade atteinte

(1) Charcot. — Maladies du système nerveux, 1^{er} volume, page 169, note.

de cette affection qui avait « la bouche souvent remplie de salive » et cite l'observation d'une autre que nous relatons en entier (Obs. III). Le siège de cette affection a été placé dans le mésocéphale, ce qui expliquerait la possibilité du retentissement de cette affection sur le centre salivaire.

C. SIALORRHÉE DANS LES MALADIES ORGANIQUES DU SYSTÈME NERVEUX.

Dans ce groupe de maladies, d'ailleurs nombreuses et très différentes où la sialorrhée peut apparaître, le mode de production de ce symptôme est variable. Tantôt le bulbe étant intéressé, le centre salivaire l'est également d'une façon directe par la lésion ou bien ce centre peut n'être qu'excité par une lésion de voisinage. Si ce sont d'autres parties de l'encéphale ou du système nerveux qui sont atteintes, on a alors affaire à une excitation d'ordre réflexe.

1° Parmi les *Maladies du bulbe*, la paralysie labio-glosso-laryngée est celle qui s'accompagne le plus fréquemment d'hypersécrétion salivaire.

Ce symptôme apparaît d'autant plus nettement que les mouvements de déglutition sont abolis et que les lèvres paralysées laissent écouler au dehors toute la salive excrétée. Son apparition a également une importance pronostique assez grande puisqu'elle marque l'envahissement progressif du bulbe : presque tou-

jours on voit alors le marasme survenir bientôt du fait de la lésion, aggravée encore par la déperdition considérable de substances utiles que détermine la sialorrhée.

Vulpian (1) signale la sialorrhée dans l'atrophie musculaire progressive; de même dans la sclérose latérale amyotrophique. dans certaines poliomyélites, on conçoit que la sialorrhée survienne puisque ces affections peuvent se compliquer du syndrome labio-glosso-laryngé dont nous venons de parler.

Nous voulons insister un peu, au cours de ce travail, sur le *tabès* dont les lésions peuvent atteindre le bulbe et déterminer ainsi, avec des troubles spéciaux, une sialorrhée expliquée par cette nouvelle localisation.

Les symptômes céphaliques du *tabès* signalés par Charcot, puis décrits par Pierret (2) avaient été peu étudiés au point de vue des troubles du goût et de l'odorat. M. Klippel (3), dans un travail sur ce sujet, a décrit avec soin les formes multiples sous lesquelles ces symptômes peuvent se présenter et signale entre autres l'existence de la sialorrhée accompagnant ou non les perversions du goût et de l'odorat. Un des malades que notre maître a observés, accusait cette sensation spéciale que « le goût de ses aliments »

(1) Vulpian. — Loco citato.

(2) Pierret. — Thèse doctorat. Paris, 1896.

(3) Klippel. — Archives de neurologie, 1897, n° 16.

ressemblait à celui du poisson pourri. En même temps, la salivation était extrême et la salive recueillie dépassait deux litres en 24 heures ». Chez ce malade l'hypersécrétion était continue. Nous-même (1) avons observé un tabétique à hypersécrétion intermittente. Ce malade, dont nous relatons l'observation (Obs. IV), était atteint de tabès qui débuta d'une façon rapide et il présenta bientôt des symptômes céphaliques. Il eut à plusieurs reprises des crises de salivation abondante ; celle-ci ne s'accompagnait pas de perversion du goût mais coïncidait avec des troubles sensitifs dans la sphère du trijumeau (douleurs fulgurantes, anesthésie) qui étaient plus marqués du côté gauche comme la sialorrhée elle-même.

Pierret relate également l'observation d'un malade qui, au cours d'un tabès avec symptômes céphaliques, présenta de l'hypersécrétion salivaire.

Dans ces conditions, deux hypothèses se présentent pour expliquer cette sialorrhée : ou bien l'affection bulbaire détermine une irritation de voisinage au niveau du centre salivaire ou bien la névrite tabétique de la racine de la 5^e paire agit à distance sur ce même centre, ce qui semble prouvé par la prédominance de la sialorrhée et des douleurs fulgurantes d'un même côté.

2° D'autres *maladies de la moelle*, autres que le

(1) André. — Gaz. hebdomadaire de méd. et chir., 1897.

tabès, peuvent provoquer la sialorrhée, non plus par propagation des lésions au bulbe mais par un processus réflexe.

Vulpian (1) a observé un cas de sclérose médullaire avec sialorrhée. La malade présentait une paralysie avec contracture partielle du membre inférieur gauche, avec spasmes de tous les muscles du tronc : « Or, dit-il, dans ces périodes d'exacerbation du mal, la sécrétion salivaire s'exagérait au point de donner lieu à un écoulement de salive très pénible pour la malade ».

3° Passons aux *maladies du cerveau*. Nous avons vu que les excitations physiologiques que reçoit le centre salivaire et qui déterminent son fonctionnement anormal, peuvent lui venir de l'écorce cérébrale. La pathologie confirme là encore l'expérimentation.

La sialorrhée peut se voir dans l'épilepsie Jacksonienne et les expériences de François Franck nous le montrent facilement.

Dans l'hémiplégie intéressant les membres et le facial inférieur, l'écoulement de la salive par la commissure du côté paralysé s'observe. Mais il est des cas où la paralysie n'est pas seule cause de ce symptôme et où l'existence d'une sialorrhée abondante en augmente l'intensité. C'est à un malade atteint d'hémiplégie avec sialorrhée (il perdait de 6 à 800 grammes de salive en 24 heures) qu'Ebstein, voulant constater

(1) Loco citato.

la valeur thérapeutique de l'atropine, fit les premières injections sous-cutanées de cette substance. Cette coïncidence de l'hypersécrétion et de la paralysie du facial a une importance que nous signalons et sur laquelle nous reviendrons plus loin.

Dans la paralysie générale, le ptyalisme se présente également : M. Féré (1) en relate en effet un exemple chez un malade également tabétique. Dans ces cas, il faut interpréter le fait par la progression de la lésion qui du cerveau gagne le bulbe.

Dans les *maladies mentales*, l'apparition de l'hypersécrétion salivaire est due à un trouble dans le fonctionnement du centre qui ne subit plus l'action régulatrice de l'écorce ou au contraire reçoit d'elle des excitations exagérées.

C'est cette dernière cause qui doit être invoquée dans la manie aiguë où toutes les sécrétions et fonctions sont excitées (sueurs, suc gastrique, etc.) Dans l'idiotie, la démence, c'est à la suppression de l'action cérébrale qu'on doit attribuer le symptôme, de même que dans l'hypochondrie où la sialorrhée peut s'observer également comme Hoffmann en cite un exemple. Dans ces maladies mentales, le pronostic de l'hypersécrétion salivaire est grave et dénote presque toujours l'incurabilité de l'affection.

4° Au cours des différentes altérations pouvant inté-

(1) Féré. — Soc. Biolog., 1891.

resser les *nerfs craniens*, la sialorrhée peut encore survenir, et nous nous occuperons tout d'abord de celles qui portent sur le facial.

Nous avons déjà signalé que dans les hémiplegies s'accompagnant de paralysie du facial inférieur, on observait de l'hypersécrétion salivaire. Y a-t-il dans ce cas altération du nerf facial? Non, car dans les paralysies faciales d'origine périphérique, où le nerf est altéré profondément et par suite, dans le même état qu'après une section expérimentale on observe, au contraire une diminution ou une abolition presque complète de la sécrétion du côté atteint. Dans le premier cas, au contraire, où nous avons affaire à une paralysie faciale d'origine centrale, l'influence modératrice que l'écorce exerce normalement sur le centre salivaire étant supprimée, par le fait de la lésion cérébrale qui intéresse les fibres conductrices de cette action, la sécrétion se produit normalement ou même le plus souvent d'une façon exagérée. Donc, le fait de l'existence ou de la disparition de la sécrétion salivaire présente une importance au point de vue du diagnostic nosologique d'une paralysie faciale.

Un cas que nous avons observé dans le service de notre maître M. Klippel, nous a permis d'en faire ressortir toute la valeur en déterminant expérimentalement la sialorrhée par l'emploi de la pilocarpine.

Le malade que nous citons (observation V), est un éthylique à antécédents héréditaires intéressants, qui rendent compte de son état névropathique. Peu de

temps après une émotion intense, il présenta une crise d'hystéro-épilepsie au cours de laquelle il se heurta violemment le maxillaire inférieur qui fut même luxé, dit-il. Aussitôt après l'accident, apparut une paralysie faciale droite, et le diagnostic qui fut porté fut celui de grande hystérie traumatique avec paralysie faciale. Depuis, le malade a eu d'autres crises; il présente aujourd'hui des signes nets d'hystéro-épilepsie et ce fait particulier que la salivation est diminuée du côté droit, comme le prouve l'interrogatoire et l'examen du malade. Nous rappelant l'action de la pilocarpine, nous avons eu l'idée de mettre en évidence l'état de la sécrétion salivaire. Une injection sous-cutanée de 1 milligramme de cette substance, détermina rapidement du côté sain une hypersécrétion salivaire qui manqua absolument du côté malade. D'où nous concluons à une paralysie névritique du nerf facial due au traumatisme et non à une paralysie d'origine hystérique qui se serait accompagnée d'une sécrétion normale ou d'hypersécrétion.

La sialorrhée peut survenir par suite de l'excitation directe de la corde du tympan sous l'influence d'une lésion de voisinage. Urbantschisch cité par Gœbel (1) eut l'occasion d'observer de l'hypersécrétion une fois après ablation de végétations de la caisse du tympan, une autre fois après une cautérisation au nitrate d'argent de cette cavité.

(1) Gœbel. — Thèse Berlin, 1889.

Ces faits pathologiques reproduisent les excitations expérimentales que réalisaient Schiff et Claude Bernard. Goebel cite un cas observé à la clinique de Leyden (Observation VI), dans lequel la corde du tympan ne fut pas altérée assez profondément pour amener l'abolition de la sécrétion. Mais l'inflammation de la caisse détermina une irritation du nerf, une excitation qui produisit l'hypercrinie salivaire comme dans une expérience de laboratoire.

Les autres nerfs craniens peuvent également provoquer la sialorrhée par réflexe. C'est ainsi qu'on peut l'observer dans les névrites, les névralgies, enfin dans les excitations intéressant le trijumeau. Elle est alors en corrélation plus ou moins intime avec la douleur.

Parmi les plus intéressantes de ces affections, nous signalons le tic douloureux de la face dans lequel l'hypersecrétion salivaire peut survenir par crises. MM. Klippel et Lefas (1) en ont cité un cas intéressant que nous avons également observé. (Observation VII). Ce malade a présenté tout d'abord des crises caractérisées par une douleur paroxystique d'une grande violence que suivait bientôt une hypersecrétion salivaire et nasale relativement courtes, alors que les douleurs persistaient longtemps.

Puis les crises douloureuses diminuèrent d'intensité et de durée, alors que les sécrétions augmentaient.

Enfin la crise devint presque essentiellement sécré-

(1) Klippel et Lefas. — Soc. Biolog., 1897.

toire : la douleur ne durant plus que quelques minutes et l'hypersécrétion étant considérable et de longue durée.

Aussi ces auteurs insistent sur cette particularité remarquable de *la substitution presque complète d'une crise hypersécrétoire à la crise douloureuse*. Ils concluent également que « en ce qui concerne la sialorrhée, il est possible que le centre salivaire, mis en activité à chaque accès, ait acquis à la suite d'excitations répétées une susceptibilité considérable ; de sorte qu'une douleur de courte durée et peu intense suffirait actuellement à provoquer la suractivité pathologique de ce centre. Ce n'est ici qu'une hypothèse que peut autoriser l'existence d'un centre salivaire admis par les physiologistes au niveau du bulbe. »

L'excitation du centre salivaire par les impressions venues du trijumeau se retrouve également dans un cas d'oreillons rapporté par MM. Simon et Prautois (Observation VIII). La sialorrhée peut survenir dans cette affection comme phénomène critique, mais en la circonstance ces auteurs la considèrent comme d'origine réflexe adoptant à ce sujet l'opinion que Pinet a émise dans sa thèse (Paris, 1878).

D. SIALORRHÉE DANS LES MALADIES DES DIFFÉRENTS VISCÈRES.

Le réflexe qui détermine l'hypersécrétion salivaire

peut avoir son point de départ dans les différents viscères.

Tout d'abord du côté de *l'appareil digestif*, nous voyons signalée la sialorrhée dans les affections de la *cavité buccale*. Dans les stomatites de toute origine (ulcéro-membraneuse, aphteuse, mercurielle, gangréneuse) la salivation est la règle. La cause en est l'inflammation jointe à l'infection : aussi le liquide ainsi rendu peut-il présenter une fétidité particulière ; il peut être mélangé de sang, de débris putrilagineux. La présence de nombreux microbes dans la bouche et les conduits salivaires prouvée par les recherches de M. Galippe (1), Claisse et Dupré (2) nous permet de comprendre l'infection qui se produit sous l'influence de causes très variables : de là résulte à la fois une excitation directe de l'épithélium glandulaire et une hypersécrétion réflexe par irritation des terminaisons nerveuses sensibles. C'est ce qu'on observe également dans les parotidites toxiques où l'hypersécrétion peut exister. Dans les différentes tumeurs de la cavité buccale, cancers, ulcérations tuberculeuses ou syphilitiques, les mêmes causes d'irritation et d'infection se retrouvent.

Le travail de la dentition chez les jeunes enfants, l'apparition de la dent de sagesse chez l'adulte s'accompagnent, même sans qu'il y ait complication

(1) Galippe. — Soc. Biologie, 1894, février.

(2) Claisse et Dupré. — Soc. Biologie, 1894, janvier. (Presse médicale, 1897, décembre.

inflammatoire, d'une salivation plus ou moins abondante qui est dans ce cas d'origine toute réflexe. Quelques auteurs américains et anglais ont signalé chez des vieillards des cas de salivation de longue durée, à point de départ dentaire. Dans les cas cités, on trouve qu'il existe des altérations des dents et sans doute un certain degré de stomatite : Thompson a observé parfois en effet l'acidité de la salive sécrétée. Cette sialorrhée rentre donc dans les hypersécrétions dues à l'infection buccale.

Les *affections de l'estomac* peuvent s'accompagner de ptyalisme ; c'est ainsi que dans les nausées on l'observe associé aux mouvements de déglutition répétés.

M. Mathieu a signalé l'association fréquente de l'hyperchlorhydrie avec douleurs gastriques et de l'hypersécrétion salivaire ; celle-ci survenant l'après-midi vers 4 ou 5 heures, alors que les douleurs n'existent plus. En outre certains dyspeptiques avalent de grandes quantités de salive qui s'accumule dans l'œsophage, le cardia étant sans doute le siège d'un spasme. Puis le liquide est rendu en abondance par un vomissement composé seulement de salive mais qui peut être suivi d'un second vomissement alimentaire : le premier est décrit en général sous le nom de vomissement électif.

Nous retrouvons dans ces cas deux éléments différents : d'une part l'élément douleur, d'autre part l'élément sécrétion qui sont concomitants sans être

cependant en rapport direct d'intensité. C'est ce que nous avons déjà observé dans le tic douloureux de la face ainsi que dans l'asthme; et, dans tous ces cas, l'élément hypersécrétion peut même acquérir une importance croissante, alors que le phénomène douleur s'atténue.

C'est le pneumogastrique qui est, dans ces cas de sialorrhée, la voie suivie par l'excitation centripète, comme le montrent les expériences de Oehl relatées plus haut. C'est encore ce nerf qui transmet les excitations déterminées dans l'*intestin* par la présence de toénias ou d'autres parasites intestinaux, excitations qui produisent avec du ptyalisme la dilatation des pupilles et des convulsions.

Mondière et de Polinière ont insisté sur la présence de salivation exagérée dans les affections du *pancréas*. Les auteurs allemands ont également insisté sur ce fait et l'ont regardé comme une hypersécrétion de suppléance, le pancréas étant considéré par eux comme la glande salivaire abdominale. On a objecté à cette théorie que beaucoup d'individus ayant eu des altérations du pancréas n'avaient pas présenté de salivation. Aussi croyons-nous que cette sialorrhée est due à une simple action réflexe.

Enfin la sialorrhée s'observe assez souvent dans les *affections du larynx* : tout d'abord dans le cancer, puis plus rarement dans la phtisie laryngée et dans la syphilis du larynx ; rendue plus évidente par la gêne de la déglutition, l'hypersécrétion salivaire est due à

un réflexe dont le point de départ est dans les terminaisons du laryngé supérieur.

Les *affections des organes génito-urinaires* chez la femme et chez l'homme peuvent présenter comme symptôme concomitant, le ptyalisme. Tout d'abord, chez la femme, il peut apparaître à plusieurs périodes de la vie génitale.

Tanquerel des Planches cite le cas d'une femme (Observation IX) chez laquelle ce symptôme apparut au moment de la ménopause : elle présentait d'ailleurs des stigmates hystériques. Peyer (1) donne l'observation d'une femme de 21 ans, également névrosée chez laquelle l'approche des règles provoquait des crises de sialorrhée qui disparaissait pendant les règles. Il rappelle aussi un cas de Tamburini qui observa une femme souffrant d'aménorrhée et de métrite chronique qui présentait de l'hypersécrétion salivaire. A côté de ces cas où le réflexe a pour point de départ un processus physiologique ou pathologique de l'utérus, l'auteur cite un cas où l'hypersécrétion est due à un vice de position. Chez une jeune fille de 15 ans à antécédents héréditaires nerveux ayant de la sialorrhée depuis un an, très intense la nuit et causant l'insomnie, il trouva de la vaginite avec métrite et de la rétroflexion utérine. Celle-ci réduite, la sialorrhée disparut.

Dans les différents cas que nous venons de citer on retrouve, en analysant les observations, une hyper-

(1) Loco citato.

excitabilité nerveuse bien marquée par des troubles fonctionnels variés et parfois même des stigmates nets de névroses. Chez ces malades, le point de départ de l'excitation est l'utérus, la voie centripète est le grand sympathique.

Il en est de même dans la *grossesse*. Le *ptyalisme* est un symptôme qui s'observe assez souvent, mais comme le fait remarquer Tarnier (1) surtout parmi les malades du dehors bien plus qu'à l'hôpital. Il peut se produire seul, ou accompagner la gingivite, les vomissements incoercibles et cette association présente une importance au point de vue de la pathogénie de la *sialorrhée*.

Chez la femme enceinte, elle se présente au début même de la grossesse, le plus souvent vers le 2^e ou le 3^e mois, parfois tardivement. La durée en est très variable : dans certains cas, elle disparaît au 4^e et 5^e mois ; dans d'autres, elle persiste jusqu'à la fin de la grossesse et même plusieurs mois après la délivrance.

Ce symptôme apparaissant « chez une femme jeune et bien portante doit faire soupçonner une grossesse », dit Tarnier : L'observation (XI) en est un exemple. Le *ptyalisme* peut survenir dès la première grossesse, se reproduire aux suivantes dans les mêmes conditions, parfois il n'apparaît qu'à l'une des grossesses pour ne plus se reproduire. Dans tous ces cas, il est nécessaire de procéder à un examen attentif de la malade tant au

(1) Tarnier et Budin. — *Traité d'accouchements*.

point de vue de ses antécédents nerveux héréditaires ou personnels qu'au point de vue physique. En effet dans toutes les observations, on trouve du côté de l'utérus des modifications qui peuvent expliquer la production du symptôme, ces modifications agissant comme causes occasionnelles.

Lwoff (1) signale chez deux de ses malades une déchirure du col utérin, des érosions, de l'endométrite. Une femme signalée récemment par M. Audebert (2) présentait de la rétroversion utérine, une autre citée par M. Bué avait une grossesse molaire.

L'interprétation de ces faits de sialorrhée prête à discussion. Lwoff considère l'hypersecretion comme due dans certains cas à un réflexe d'origine utérine, dans d'autres à une intoxication.

Ahlfeld (3), en 1881, insistait sur ce fait que le ptyalisme était l'exagération d'une névrose réflexe due à la grossesse et entretenue par elle.

Nous ferons deux catégories dans les cas de ptyalisme que nous avons vus relatés, tous dus à une excitation du centre salivaire bulbaire

Dans un grand nombre de ces cas, où le ptyalisme apparaît comme un symptôme précoce, alors qu'on ne peut invoquer l'intoxication, où l'examen des malades révèle des antécédents nerveux plus ou moins marqués, où aussitôt après une intervention légère et même

(1) Lwoff. — Presse médicale, 1896, octobre.

(2) Audebert. — Presse médicale, septembre 1897.

(3) Ahlfeld. — Central für Gynecol., 1891, n° 17.

parfois fictive, le symptôme disparaît en quelques heures, dans ces cas l'excitation est certainement d'ordre réflexe. Dans d'autres, au contraire, plus rares, où le pyalisme survient assez tardivement et souvent associé aux vomissements incoercibles, il semble bien que ce symptôme dépende de l'intoxication. La pathogénie de ces cas est celle que nous retrouvons dans le chapitre suivant, c'est-à-dire l'excitation directe du centre bulbaire par les toxines que contient le sang. Quant à la cause prédisposante, c'est la grossesse qui détermine une hyperexcitabilité toute spéciale du système nerveux et nous explique ainsi l'intensité des effets provoqués par des excitations souvent peu considérables.

Chez l'homme, la sialorrhée liée aux troubles des organes génito-urinaires s'observe plus rarement. Cependant nous avons relevé dans l'article de Peyer, plusieurs cas de sujets jeunes, qui présentaient des signes de neurasthénie et des troubles consécutifs à des abus sexuels variés (abus de coït, onanisme). Chez ces malades, qui présentèrent de la sialorrhée avec ou sans dyspepsie nerveuse, le traitement des troubles génitaux fut suivi assez rapidement de la disparition du pyalisme. Là encore, l'excitation du grand sympathique fut certainement la cause occasionnelle de ce symptôme.

E. SIALORRHÉE DANS LES INFECTIONS
ET LES INTOXICATIONS.

Dans les infections, l'hypersécrétion est due à l'action directe des toxines sur le centre salivaire. La sialorrhée nous apparaît alors comme un des processus qu'emploie l'organisme pour lutter contre l'infection, comme un des procédés d'élimination des toxines contre lesquelles il réagit. Aussi doit-on ranger les crises de sialorrhée à côté des crises urinaires, sudorales, etc.

Dans cette catégorie, doivent rentrer les nombreux cas signalés par les anciens auteurs qui ont attribué parfois à ce symptôme un rôle exagéré. La sialorrhée peut en effet apparaître dans un certain nombre d'infections. Trousseau (1) la signale dans la variole confluente et la considère comme un symptôme concomitant et non dû à l'éruption de pustules sur la muqueuse buccale. Dans les oreillons, l'hypersécrétion salivaire peut-être un mode de réaction de l'organisme contre l'infection ourlienne ; dans quelques cas, nous l'avons vu, elle serait d'origine réflexe et due à l'excitation des terminaisons nerveuses de la parotide.

Tanquerel des Planches et Franck ont signalé dans la pneumonie une sialorrhée critique (Obs. XII).

(1) Trousseau. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu, tome II.

Forestus et Bohnius, dans la fièvre tierce et quarte, ont vu des accès se terminer par une salivation abondante.

Otto, de Copenhague, l'a observée dans la fièvre typhoïde, Sydenham dans la dysenterie l'a considérée comme constituant une crise salutaire.

Hoffmann signale une salivation périodique dans la goutte rétrocedée, affection qui rentre plutôt dans les intoxications : de même dans l'urémie, la salivation peut être très abondante et représenter un des procédés importants d'élimination des toxines formées dans l'organisme.

Nous arrivons maintenant au ptyalisme qui s'observe dans les intoxications : les substances toxiques agissent soit directement sur le centre salivaire, soit sur la corde du tympan, soit enfin dans certains cas sur les cellules sécrétoires elles-mêmes.

Disons tout d'abord que parmi les substances toxiques, il en est qui ne sont pas éliminées par la salive quelle que soit leur abondance dans l'économie : tels la bile, le sucre. On a signalé récemment, avons-nous dit, l'élimination d'acide urique par les glandes salivaires.

Parmi les substances toxiques qui s'éliminent par cette voie, il en est qui n'excitent que faiblement ou n'excitent pas la sécrétion salivaire, tel l'iodure de potassium. Enfin il est une troisième catégorie de substances toxiques qui excitent la sécrétion, ce sont les sialagogues proprement dits, tels le mercure, le plomb, etc. Leur action est variable : les uns ont une

influence surtout réflexe et agissent en déterminant une irritation de la muqueuse buccale. C'est ainsi que certaines substances (bétel, vinaigre, baume de copahu, cubébe, piment. etc,) autrefois employées, déterminent la salivation.

D'autres ont une action directe sur le centre salivaire et la corde du tympan, ce sont les véritables sialagogues. Nous citerons en première ligne le jaborandi et son alcaloïde la pilocarpine, puis la digitaline, les iodiques, le mercure.

Enfin certains auraient une action directe sur l'épithélium glandulaire sans que l'influence nerveuse semble être en cause. Telle la muscarine qui, injectée sous la peau ou directement dans les artères, détermine la sécrétion salivaire même après section des conducteurs nerveux (corde du tympan et filets sympathiques).

Cependant nous pensons qu'il y a peut-être là encore un phénomène réflexe dont le ganglion sous-maxillaire serait alors le point de départ.

La liste des médicaments sialagogues est donc assez étendue et Shand⁽¹⁾ signale un cas de ptyalisme chez un malade à qui il fit prendre du colchique.

Certains auteurs ont voulu même utiliser cette propriété de certains médicaments et surtout de la pilocarpine pour produire un écoulement de salive abon-

(1) Shand. — New-York medical Journal, janvier 1892.

dant au cours de maladies infectieuses et d'intoxications. C'est ainsi que Vulpian et Straus l'utilisèrent contre l'anasarque et l'urémie.

CHAPITRE IV

Etat des glandes salivaires dans la sialorrhée.

Ce chapitre est forcément court, les recherches au point de vue anatomo-pathologique n'ayant pu être faites ou ayant été omises.

L'expérimentation peut cependant nous fournir quelques indications. Les histologistes (Lawdowsky, Heidenhain, Ranvier et Langley) ont décrit les modifications produites dans les glandes salivaires par une excitation physiologique prolongée.

Les glandes sont molles et pâles; plus légères qu'à l'état normal.

L'examen microscopique après coloration par le carmin montre que le protoplasma se colore plus et le noyau moins qu'à l'ordinaire. Les cellules à contours mal définis sont troubles et comme fusionnées entre elles, leur noyau est plus gros. Du fait même de leur aplatissement, la lumière de l'acinus paraît plus grande.

Dans la sous-maxillaire et la sublinguale, les granulations envahissent tout le protoplasma de la cellule en repos, les croissants de Gianuzzi sont augmentés de volume.

Dans la parotide, les granulations se déplacent de la partie basale de la cellule vers la lumière de l'acinus découvrant le noyau qu'elles enveloppaient.

Comme Wundt (1) l'a montré, si le sympathique est excité d'une façon répétée et prolongée, les cellules desquamant ou subissent la dégénérescence granulo-graisseuse, ce qui explique la présence, dans ce cas, de cellules dans la salive.

Au point de vue pathologique, un examen des glandes salivaires dans un cas de sialorrhée chez un tabétique a été fait par MM. Klippel et Lefas (2) : nous le reproduirons *in extenso*.

« Les glandes salivaires, beaucoup plus volumineuses qu'à l'état normal, montraient sur les coupes histologiques :

« 1° *Glande parotide*. — Les canaux excréteurs sont encombrés de cellules qui, pour la plupart, sont des leucocytes. Presque partout, à la base des cellules de revêtement, il existe des cellules lymphatiques envahissant les conduits. D'une façon générale, les canaux excréteurs sont d'autant plus malades qu'ils sont d'un

(1) Wundt. — Physiologie humaine, 1872.

(2) Klippel et Lefas. — Bulletin de la Société de Biologie, 1897, février.

calibre plus considérable. La plupart des canaux très petits sont sains.

« Il existe une congestion énorme occupant les gros et petits vaisseaux qui sont comme injectés et distendus par les globules. Par places, les veinules sont thrombosées.

« Les cloisons qui séparent les lobules sont épaissies : dans quelques points, l'épithélium radié des canaux est remplacé par un épithélium cubique.

« Avec un fort grossissement, on constate, dans les points les plus colorés de la préparation, un envahissement à la fois des cloisons et des acini par de nombreux leucocytes rassemblés sous la forme de foyers inflammatoires assez bien circonscrits, mais au milieu desquels on n'arrive plus à distinguer les acini des parties voisines. Dans ces foyers, des capillaires et des petits vaisseaux sont gorgés de sang et entourés d'un manchon de cellules rondes (diapédèse).

« Il s'agit donc de foyers d'inflammation aiguë.

« Le nombre de ces foyers d'une certaine étendue est de deux sur une même coupe, mais il y a sur la même préparation un assez grand nombre de foyers analogues et plus petits.

« Ces amas cellulaires sont-ils formés de cellules en voie de multiplication et restées à l'état indifférent, ou de leucocytes ? Ont-ils leur origine primitive dans les cloisons ou dans les acini ? Dans tous les cas, ils ne représentent pas un simple nodule inflammatoire.

« Partout, en effet, les lobules ont une distribution

fort nette, les cloisons sont toutes épaissies d'une façon générale ; il y a des acini altérés et en transformation graisseuse : il n'y a, pour ainsi dire, plus de revêtements de cellules, la graisse semble avoir pénétré ces lobules et avoir remplacé les éléments spécifiés.

« Les cellules salivaires sont augmentées de nombre, plus petites que normalement serrées les unes contre les autres, la lumière n'étant plus visible (état normal) ; ces cellules sont très riches en noyaux, avec souvent des limites peu visibles, fusionnées et granuleuses.

« Les cellules de ces points ne sont pas en activité sécrétoire : le processus d'activité fonctionnelle y est surtout manifeste par le grand nombre des noyaux et des cellules, comme dans une glande mammaire en voie d'activité.

« 2° *Glande sous-maxillaire.* — On n'y trouve pas les lésions qui viennent d'être signalées dans la parotide.

« L'aspect est le suivant : on remarque une assez grande irrégularité dans l'activité des différents acini. Il y a, en effet, des acini bordés de cellules claires et gonflées, d'autres remplis de cellules petites et opaques. Les cloisons ne sont pas épaissies, mais dans les points avoisinant les conduits excréteurs, il y a épaississement : dans ces mêmes régions, existe une congestion vasculaire des plus marquées.

« En outre, on trouve, disséminés dans la préparation, quelques acini présentant une netteté tout à fait

exceptionnelle, remplis de cellules claires et à peine granuleuses : ces cellules sont très grandes et fusionnées.

« L'acinus qui offre ces caractères semble refouler les acini voisins.

« Partout les conduits excréteurs sont intacts, surtout ceux de petit calibre. Les gros vaisseaux sont normaux. »

CHAPITRE V

Diagnostic. — Pronostic.

Il semble, d'après la description que nous avons donnée de la sialorrhée, que le diagnostic de ce symptôme s'impose au premier abord.

Ceci est vrai dans un certain nombre de cas et l'interrogatoire du malade ainsi que l'examen établissent facilement son existence. Mais il est quelques causes d'erreur que nous allons rappeler. Tout d'abord signalons la possibilité d'une salivation abondante momentanée sous l'influence de l'ingestion de certains aliments très épicés. Parfois aussi, chez des malades affaiblis, on peut observer, pendant le sommeil, un écoulement de la salive par les commissures labiales entr'ouvertes, comme cela s'observe également dans les amygdalites et pharyngites.

Enfin nous distinguerons nettement de la sialorrhée le phénomène que l'on observe chez des aliénés crétins ou diots qui laissent écouler leur salive hors de la bouche.

Dans ces cas, en effet, le symptôme observé est dû à une diminution dans le nombre des déglutitions par raison pathologique psychique ou physique.

Ces causes d'erreur écartées, la sialorrhée étant réellement constatée, on recherchera quelle en est la cause en se rappelant que son origine est fréquemment réflexe et que des lésions d'organes très éloignés des glandes salivaires peuvent lui donner naissance.

Ce diagnostic de la cause reposera donc sur un examen attentif des antécédents du malade, des commémoratifs et de l'examen de tous les organes.

Si l'hypersécrétion est apparue en dehors d'une névrose caractérisée et sans autres troubles, on sera autorisé à ranger cette sialorrhée parmi les cas de névrose salivaire.

Nous insisterons, dans ce chapitre, sur la valeur que présente ce symptôme hypersécrétion au point de vue diagnostique.

Nous avons vu que, d'après Tarnier, ce symptôme doit faire soupçonner une grossesse et certaines femmes se doutent qu'elles sont enceintes à la seule apparition du ptyalisme.

D'autre part, nous avons cherché à utiliser la sialorrhée expérimentale pour le diagnostic des causes qui peuvent provoquer les paralysies faciales. Nous basant sur les propriétés hypersécrétoires de la pilocarpine, nous avons, comme nous le signalons plus haut, injecté chez un hystéro-épileptique présentant une paralysie faciale un milligramme de cette sub-

stance. L'hypersécrétion que nous avons provoquée ainsi d'un côté, alors que l'autre restait tel qu'auparavant, nous montra que l'on avait bien affaire à une paralysie névritique du nerf facial et non à une paralysie faciale d'origine centrale.

De même, dans le cas que signale l'observation VI, l'existence de la sialorrhée nous permet de conclure à l'intégrité du nerf facial, qui se trouvait soumis à une excitation de voisinage.

Le *pronostic* de la sialorrhée varie avec les cas dans lesquels on l'observe.

En tant que symptôme, nous avons vu que son importance peut être considérable puisque, par le fait même de son intensité et de sa persistance, on peut voir survenir un amaigrissement, une cachexie véritable qui mette en danger l'existence du malade. Si donc, en général, le pronostic du ptyalisme est peu grave, il est des cas où il peut donner lieu à une intervention spéciale agissant soit sur le symptôme, soit sur la cause qui l'a provoqué. De plus la sialorrhée peut avoir une valeur pronostique réelle au point de vue de l'affection au cours de laquelle elle survient. Sans lui accorder l'importance que les anciens auteurs lui attribuaient comme phénomène critique dans les maladies infectieuses que nous avons citées, nous devons en signaler le rôle utile et le pronostic bénin.

Dans certaines affections nerveuses, elle est au contraire le signe de la marche progressive de l'affection

et indique que le centre salivaire bulbaire est atteint. Dans les intoxications, d'autre part, elle pourrait indiquer que les autres émonctoirs sont moins perméables que normalement, si nous nous en rapportons à la communication de M. Bué.

Aux deux points de vue diagnostique et pronostique, la sialorrhée est donc un symptôme intéressant.

Quant au traitement, on comprend qu'il sera très différent suivant qu'on se trouvera en présence d'une névrose ou d'une affection organique : c'est dire que le médecin devra combattre la cause même de la sialorrhée. Pour pallier au symptôme, on aura recours le plus souvent à l'atropine.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (KLIPPEL).

Névrose salivaire. (Gaz. Hôpit., 1897, mai.)

Femme de vingt-cinq ans, chanteuse, observée à la consultation de M. Ball, en 1888. Pas d'antécédents nerveux. A deux reprises, avulsion d'une dent sans accident : la première extraction remonte à un an, la seconde à cinq mois ; à la suite de la dernière, léger engorgement passager des ganglions du cou.

Depuis ce moment, hypersécrétion salivaire, expulsions continuelles. Difficulté de déglutition sans symptômes objectifs du côté de la bouche ou du pharynx (pas de carie dentaire, etc.).

Douleur à la pression au niveau de la gouttière carotidienne : ce signe est surtout accusé du côté gauche.

Pas de stigmates hystériques ; réflexes normaux ; hyperesthésie en certains points du corps, notamment sous forme d'hémicranie gauche et de douleurs à la partie supérieure et gauche du thorax, suivant le trajet des nerfs intercostaux, de douleur remontant le long de la nuque ou de la face antérieure du cou.

Pupilles égales ; à gauche, parfois, mouches volantes.

Le poulx bat à 80 ; il est plus faible et plus dépressible à gauche qu'à droite.

Anorexie ; constipation opiniâtre. Parfois sensation de défaillance et tendances lypothymiques. Léger œdème malléolaire fugace. Sécheresse de la peau. Sensation de froid continue et très marquée. Lèvres cyanosées.

L'examen du liquide excrété montre de grandes cellules polyédriques, très nombreuses au fond de l'éprouvette, la plupart bien conservées et munies d'un noyau entouré de granulations. Pas de pus, mais de très rares globules blancs.

OBSERVATION II.

*Sialorrhée chez un épileptique. (Féré. Société de biologie,
17 mars 1894.)*

P..., âgé de 27 ans, fils de père alcoolique, a un frère imbécile.

Il a eu des convulsions de l'enfance et depuis l'âge de 17 ans, il a eu des accès d'épilepsie et des vertiges. Les accès se sont toujours fait remarquer par une violence extrême, ses convulsions commençaient par la face mais se généralisaient rapidement ; il tombait en général la face contre terre et s'est souvent fait des blessures ; il se mordait à peu près constamment la langue et urinait. La stupeur post-paroxystique se prolongeait par un sommeil de 2 ou 3 heures sans reprise de connaissance. La salivation était toujours extrêmement abondante. Sous l'influence de la bromuration à doses croissantes les accès se sont éloignés et ont changé de caractère. En 1887, il avait, en moyenne, six accès et huit vertiges par mois. Dans la dernière année, depuis qu'il prend du bromure à la dose de 17 grammes par jour, il n'a plus de vertiges et a eu seulement six accès incomplets. Ces accès sont constitués par une pâleur subite, les yeux convergent fortement, la tête se porte

en arrière, tout le corps se raidit mais le malade ne tombe pas, bien qu'il ait perdu connaissance. La bouche s'ouvre largement, la lèvre inférieure s'anime d'un tremblement rapide ; et on voit s'échapper de la bouche un flot de salive qui continue à couler quand la rigidité a cessé et lorsque le malade a repris connaissance. La salive a été recueillie partiellement, dans deux accès ; une fois on en a trouvé 82 grammes et une autre fois 124 grammes.

En dehors de ces accès, le malade a de temps en temps des flux de salive instantanés, sans perte de connaissance, ni éblouissements ni vertiges. Il a toujours été incapable de recueillir complètement le produit de ce flux, mais ce qu'il a recueilli a dépassé plusieurs fois 60 grammes. Le malade compare lui-même le phénomène au ptyalisme qui précède la nausée, mais il ne s'accompagne d'aucune sensation nauséuse et en outre il est plus brusque et plus abondant.

OBSERVATION III

Maladie de Parkinson Bare. (Charcot, Maladies du système nerveux. Appendice, Obs. II).

M^{me} G..., âgée de 40 ans, a subi il y a 20 ans une attaque de rhumatisme articulaire aigu, un peu plus tard une fièvre typhoïde qui paraît avoir été assez grave : en dernier lieu une pneumonie. Peu de temps après la guerre, elle commença à ressentir certains malaises indéfinissables ; elle était moins alerte, elle se sentait raide, incapable d'exécuter des mouvements rapides et par conséquent fort gênée dans ses exercices. Un jour en montant une échelle, elle ressentit dans la jambe gauche une douleur vive avec crispation des orteils. Ces crampes douloureuses se reproduisent encore aujourd'hui, dans

le même membre, de temps à autre. Des douleurs sourdes accompagnées de raideur musculaire, se sont fait alors et se font sentir encore actuellement à la nuque, dans les reins, quelquefois aux épaules.

Il y a six mois, la malade a remarqué qu'une grande quantité de salive s'écoulait involontairement de sa bouche. Le phénomène s'est modifié depuis quelques semaines sous l'influence d'un traitement approprié. (Hyosciamine 4 ou 5 milligr. par jour).

Aujourd'hui l'attitude de M^{me} G... est particulièrement raide et pour ainsi dire empesée. La démarche est lente et pénible, le départ est surtout difficile et précédé d'un temps d'hésitation.....

Bien qu'il n'y ait pas de tremblement des mains à proprement parler, il y a lieu de remarquer qu'à l'occasion de certains actes, comme celui de prendre un mouchoir dans sa poche, les doigts sont quelquefois agités de quelques secousses rythmées d'ailleurs fugitives.

OBSERVATION IV (personnelle).

Tabès avec localisations bulbaires. Dégénérescence du nerf de la 5^e paire, crises de sialorrhée.

Le nommé P..., âgé de 48 ans, journalier, entre le 13 octobre 1897. Hôtel-Dieu (Annexe).

Antécédents héréditaires : Son père est mort de vieillesse à 74 ans et avait toujours été bien portant. Sa mère morte à 73 ans avait eu un peu de rhumatisme chronique.

Son grand-père maternel avait eu une hémiplegie droite avec aphasie et est resté 3 ans ainsi. Son oncle maternel aurait également eu à la suite d'un effort une sorte de paraplégie.

ANDRÉ.

Sa femme est morte de la poitrine, un de ses enfants également à l'âge de 1 an, un autre mort à 1 an 1/2 d'un phlegmon du côté en 5 ou 6 jours ; un de ses frères est mort en Afrique, il lui reste un frère et une sœur bien portants.

Antécédents personnels : Etant jeune, il fut bien portant ; cependant jusqu'à 15 ans il avait des crises avec perte de connaissance, se mordait la langue, urinait dans son lit.

Il eut la rougeole à 4 ans. Soldat à 21 ans il fut bien portant.

Vers 30 ans il navigue comme chauffeur à la Compagnie transatlantique, pendant 7 à 8 ans. Le malade a bu beaucoup et fumé beaucoup.

Il n'a pas de syphilis.

Il y a un an environ, en août 1896, le malade portait une bielle sur son dos, lorsqu'en la posant il ressentit soudain une douleur vive dans les reins. Il se coucha le soir sans avoir remarqué autre chose et le lendemain en se levant, ses jambes n'ont plus obéi à sa volonté ; il marchait en zigzaguant.

Quelquefois cependant, avant cette époque, le malade raconte qu'il avait eu des douleurs dans les reins qu'il attribuait à la fatigue, des douleurs dans les genoux. Huit jours avant le début, il avait eu pendant 48 heures dans le côté gauche des douleurs fulgurantes qui le forcèrent à rester couché et à crier.

A l'examen actuel du malade, celui-ci présente :

Des douleurs fulgurantes dans les cuisses et dans les pieds, pas dans les jambes, une sensation d'étau autour de la ceinture, dans les bras un peu d'engourdissement, parfois la main droite lui semble gelée.

Il lui semble marcher sur du caoutchouc. Il a du dérochement, une démarche tabéto cérébelleuse. Signe de Westphal.

Pas d'ataxie bien marquée du membre supérieur.

Pas de troubles digestifs.

Quelques troubles urinaires. Sensation de brûlure dans la

partie profonde de l'urèthre, perte des urines ou, plutôt, le malade ne sent pas quand il commence et quand il a fini d'uriner.

Sa vue a diminué depuis 4 mois. Pendant 8 jours, il a présenté de la diplopie, maintenant il voit trouble surtout à droite.

Le champ visuel est très diminué à droite, moins à gauche, il présente le signe d'Argyll Robertson.

De plus, il présente dans la sphère du trijumeau une série de troubles importants intéressant le goût et l'odorat surtout, rentrant dans la catégorie de ceux signalés par M. Klippel.

Le malade éprouve parfois une sorte de sifflement dans l'oreille gauche, parfois aussi une sensation de piquûre.

Le goût est diminué, non perversi, le réflexe pharyngien existe. La sensibilité de la langue au tact est diminuée à gauche ; la sensibilité thermique abolie à gauche très diminuée à droite. L'odorat diminué à gauche, la sensibilité au chatouillement est moindre à gauche, presque nulle. Le réflexe lacrymal est conservé.

La face nous présente une sensibilité diminuée à gauche et le malade a de ce côté des douleurs brusques analogues à un pincement.

De plus, depuis deux mois environ, le malade a par moments une hypersécrétion salivaire marquée. Cette salive est claire comme de l'écume, dit-il.

Le côté gauche salive plus que le droit. Les crises durent de deux à trois heures.

OBSERVATION V (Personnelle).

Paralysie du nerf facial, suite de névrite traumatique. Hystéro-épilepsie alcoolique. Diminution de la sécrétion salivaire du côté lésé. Mise en évidence par l'emploi de la pilocarpine.

Le nommé B... âgé de 31 ans, journalier, entre à l'Hôtel-

Dieu annexe, le 2 octobre 1897, pour des éblouissements et vertiges.

Comme antécédents héréditaires, nous apprenons que son père, mort à 51 ans d'une rupture d'anévrisme, était éthylique. Sa mère morte à 49 ans, hydropique, avait été enfermée à Sainte-Anne à la suite d'accès de folie due à l'alcoolisme : cette femme pendant 4 à 5 ans s'enivrait seule, chez elle.

Lui-même étant jeune n'a présenté aucune maladie, aucun accident nerveux : il était très vif, très impressionnable. Tonnelier depuis l'âge de 13 ans 1/2, il était employé à la Halle aux vins où il fut victime d'un accident il y a 4 ans (1893). Une après-midi, une pile de fûts pleins s'écroula sur lui et quatre de ses camarades. Ceux-ci furent tués, lui seul en fut quitte pour la peur. Il reprit son travail et pendant trois semaines, il ne présenta rien d'anormal. Puis un matin, il se leva mal à l'aise, ayant de la céphalée, des vertiges, une sensation d'étouffement. Pendant son travail, vers 6 heures du matin, il perdit connaissance et tomba sur le fût qu'il maniait de telle façon que le menton porta fortement, qu'il se mordit la langue et eut la mâchoire démise, dit-il. Il eut des convulsions, se débattit et se blessa. La crise dura jusqu'à 11 heures du matin.

A la suite de cela, il abandonna sa profession de tonnelier, devint journalier. Quelques jours après, il eut une autre crise et on le trouva sans connaissance sur son lit. D'autres lui succédèrent : à chaque fois le malade sentait venir sa crise annoncée par une impression d'étouffement et il poussait un cri au moment de sa chute.

Soigné à l'Hôtel-Dieu, puis à la Salpêtrière, on porta le diagnostic de grande hystérie traumatique avec paralysie faciale. En effet, après sa chute, lors de sa première crise le malade avait présenté une paralysie faciale intéressant le facial inférieur du côté droit.

Le malade fut également soigné à Sainte-Anne où il se réveilla un matin ne sachant comment il y était venu. De là il fut envoyé à Ville-Evrard d'où il sortit trois mois après.

Ses crises sous l'influence d'un traitement (bromure de K et douches) étaient devenues moins fréquentes et moins longues.

La dernière remonte à une dizaine de jours avant son entrée dans le service, dura une demi-heure et fut typique. L'avant-dernière se produisit il y a deux mois dans la rue et consista dans une cécité absolue survenue brusquement et qui dura 20 minutes, sans perte de connaissance.

En dehors de ses crises, le malade a une santé assez satisfaisante : il a parfois des vertiges, des maux de tête ; il a eu, il y a 5 ans, une éruption furonculaire considérable.

A l'examen actuel, le malade se présente un peu amaigri. Cependant il a bon appétit : il éprouve parfois une légère douleur sourde au-dessous de l'appendice xyphoïde. Il présente de la polyurie (5 à 6 litres). Le cœur et les artères sont normaux ; il a parfois des palpitations au moment de ses crises. Un peu de catarrhe bronchique et d'emphysème.

La mémoire est diminuée, l'intelligence normale, le malade est très émotif, très coléreux. Il présente un signe de dégénérescence : l'ourlet de l'oreille est déplié.

La sensibilité à la douleur est diminuée à la face externe des jambes et des cuisses, augmentée à la face interne des cuisses. Hyperesthésie le long de la colonne dorsale. Réflexe pharyngien aboli. Les réflexes rotuliens sont exagérés. La motilité est normale.

A la face. La motilité du côté gauche est normale ; le frontal droit se contracte, les zygomatiques et le buccinateur de ce côté ne se contractent pas. La commissure labiale est abaissée. à droite. La langue remue normalement.

La sensibilité du côté gauche de la face est normale ; à droite,

elle est abolie sur la joue, l'aile du nez, existe au front et sur l'oreille.

Le malade a des douleurs en éclairs dans la région temporale.

L'odorat est normal, le réflexe nasal conservé.

L'ouïe légèrement diminuée à droite.

Pour la vue, le champ visuel est un peu restreint en dehors pour l'œil droit.

Le goût est aboli à droite de la langue.

De même la sensation de tact, de température est diminuée.

La salive est produite du côté gauche d'une façon normale alors qu'à droite la sécrétion est diminuée.

Ce côté est en général relativement sec.

La pilocarpine a montré plus nettement ce phénomène.

« Le résultat a été des plus probants : quatre minutes après une injection hypodermique de 1 milligramme, le malade a commencé à ressentir les effets suivants qui se sont continués pendant 12 heures environ.

Le malade a nettement perçu que la salivation était exagérée du côté gauche : la salive, dit-il, sortait comme d'une petite source dans le sillon alvéo-lingual gauche, coulait ensuite vers la gorge et nécessitait des mouvements de déglutition répétés alors que du côté droit il n'avait pas la même sensation et qu'il ne sentait pas la salive descendre de ce côté du pharynx.

Enfin à la vue et au toucher, le côté droit était relativement sec alors que le gauche était trempé de salive abondante, comme nous avons pu nous en assurer.

De cette expérience, nous pouvons conclure à l'importance de la valeur diagnostique de la pilocarpine dans ces cas où se présente la nécessité de diagnostiquer si l'on a affaire à une

paralysie d'ordre névritique ou d'une autre cause. Chez notre malade précisément la distinction n'était pas aisée, le sujet ayant eu des attaques d'hystéro-épilepsie, la paralysie faciale s'étant développée à la suite d'un traumatisme, pouvait être considérée comme une forme d'hystéro-traumatisme. L'emploi de la pilocarpine démontra la dégénérescence du nerf facial et de la corde du tympan en établissant la diminution considérable de la sécrétion salivaire du côté droit. »

OBSERVATION VI

*Cas de sialorrhée au cours d'une otite moyenne. Récidive.
Irritation de la corde du tympan. (Résumée de Gœbel, thèse
Berlin, 1889.)*

A la clinique de Leyden entre le 21 janvier une bonne de 24 ans, venue pour un érysipèle de la face prenant aussi toute la tête et la nuque, avec une température élevée : l'érysipèle guérit en cinq jours. La femme était enceinte de 8 mois. Au 8 février, elle présente les signes d'une otite moyenne droite suppurée. On lui fait une ponction du tympan et on évacua le pus à plusieurs reprises. Le 12, dans l'après-midi, on constata l'apparition d'une salivation abondante contrastant avec la sécheresse que la malade éprouvait auparavant dans la bouche. Elle a d'ailleurs toujours le crachoir à la main et l'écoulement de salive augmenta dans la nuit où il fut très intense. Plusieurs fois la salive fut expulsée comme d'une seringue. Salive très fluide, un peu mousseuse, très alcaline, dont la quantité atteignit 1.500 centimètres cubes en 24 heures.

Les urines très diminuées sont descendues à 600 centimètres cubes; la température est tombée de 39°5 à 36°5.

La salivation persistant, on donna de l'atropine pendant plusieurs jours et le 27 la salivation cesse. La femme accoucha le 16 février.

Trois semaines après sa délivrance, elle revint avec un autre érysipèle et la salivation a reparu en même temps. Elle a d'ailleurs éprouvé des douleurs dans l'oreille droite, mais sans suppuration. L'érysipèle céda vite, mais la salivation persista pendant 10 jours encore.

La sensibilité et le goût sont normaux. La sécrétion se fait à l'embouchure du canal de Sténon, du côté droit et ne semble pas augmentée au niveau des autres glandes. Donc, il y avait hypersécrétion seule de la parotide que l'auteur attribue à l'action du sympathique. Rien d'anormal du côté des différentes parties de la cavité buccale ou des autres organes.

OBSERVATION VII

Crises hypersécrétoires dans le tic douloureux de la face.

(Citée résumée par MM. Klippel et Lefas, à la Société de Biologie, 1897.)

Le nommé B... Gabriel, âgé de 54 ans, exerçant la profession d'égoutier, entre le 31 octobre 1896, à l'Hôtel-Dieu-annexe, avec les symptômes du tic douloureux de la face.

Antécédents héréditaires : Son père est mort tuberculeux à 41 ans, sa mère est morte alors qu'il était tout jeune et il ignore de quelle affection. Il a eu un frère, mort de la variole à 4 ans, une sœur qui est bien portante. Pas de troubles nerveux.

Dans ses antécédents personnels, on relève à l'âge de 12 ans des accès de fièvre intermittente à type quotidien ayant duré environ trois mois : il était alors dans un pays marécageux.

Vers 15 ans, il eut un abcès dans la région sous-maxillaire droite et un autre en avant du condyle du maxillaire inférieur de ce même côté.

A 22 ans, il contracta la syphilis qu'il ne traita pas d'une façon sérieuse : il eut des plaques muqueuses et plus tard des gomme.

A 25 ans, il vit survenir un abcès à l'anus qui fut suivi d'une fistule : celle-ci ne se cicatriza qu'il y a six ans.

A 28 ans, alors qu'il exerçait son premier métier de ferblantier et se trouvait exposé à une chaleur assez forte, dit-il, il fut pris un jour d'une syncope qui dura 48 heures.

Depuis quelque temps déjà il avait des douleurs de tête, des bourdonnements d'oreille, des nausées, des vertiges, des étourdissements, la céphalalgie était telle qu'elle l'empêchait de dormir et déterminait des troubles de la vue. Il eut également du côté de l'ouïe une surdité presque complète qui disparut seulement au bout de trois ans, dit-il.

Il changea alors de métier et devint égoutier. Il était sujet à de fréquents rhumes de cerveau et à avoir de la bronchite, gardant le lit pendant trois semaines ou un mois.

A 40 ans, il eut une bronchite plus forte qui lui dura, dit-il, trois ans c'est-à-dire devint chronique.

A 42 ans, il eut un érysipèle de la face qui dura 15 jours.

Il a eu trois enfants d'un premier mariage, tous trois sont morts l'un à 3 mois, le 2^e à 1 an, le 3^e à 3 ans. Depuis l'âge de 40 ans environ, le malade ressent des douleurs lancinantes dans le front, surtout au niveau du sourcil droit, qui ne se montraient au commencement que le matin pendant sa toilette, au contact de l'eau froide, et ne duraient que le temps de cette toilette. Puis la durée de ces douleurs s'accrut, elles devinrent plus vives, s'irradiant aux paupières, à la joue. Enfin elles survinrent par crises, il avait alors 5 à 6 attaques dans la journée. Le paroxysme de cette douleur qui était de quelques

minutes tout d'abord, acquit bientôt une persistance de 2 à 3 heures. Les attaques étaient tantôt spontanées, tantôt provoquées par un attouchement au nez, front, paupières, joues, aux dents (mastication) du côté droit. Il compare les douleurs à des éclairs qui lui auraient sillonné la figure. Pendant les attaques il criait tant la douleur était vive, parlait difficilement. En même temps, il présentait de l'épiphora pendant l'attaque et à la fin un peu d'exagération de la salivation ; pas de sueurs. Dans l'intervalle des attaques la peau du visage et le cuir chevelu restaient très sensibles. Ces attaques survinrent par accès qui duraient un mois, disparaissant ensuite pour deux ou trois mois. Pendant ces périodes de répit il pouvait s'alimenter un peu : mais en 1894 ses crises devenant plus fortes, plus prolongées, plus fréquentes, il resta près d'un an ne prenant rien autre chose que de la soupe, car la mastication lui ramenait ses crises. Si bien que, en 1895, son état général étant très mauvais et ne pouvant plus travailler, il entra à l'hôpital Saint-Antoine où on lui fit subir le traitement mixte (mercure pendant quelques jours, puis KI pendant quelques mois). Il se fit enlever quelques dents du maxillaire supérieur. Ses attaques duraient 2 ou 3 heures, les douleurs étaient si violentes qu'il s'évanouit plusieurs fois ; il eut dans ses crises nocturnes des mictions et des selles involontaires. Il avait souvent des vomissements et ne pouvait ni manger ni parler. L'hypersécrétion salivaire était plus accentuée.

Trois ou quatre mois après, il sortit de l'hôpital, ses accès ayant de beaucoup diminué ; puis après un second séjour nécessité par leur réapparition, il reprend son travail au mois de janvier 1896. En mars les crises reparurent, et ainsi avec des répits de un ou deux mois, il arriva au mois de septembre où il fut repris à nouveau et entre dans le service.

Actuellement ses douleurs siègent dans le côté droit de la figure, dans le cuir chevelu et irradient vers la nuque, plus

rarement vers le bras droit. Il a en même temps des contractions brèves et rapides des muscles de la face du côté droit, lui tirant la commissure labiale vers l'oreille, déterminant du blépharospasme.

La crise le prend tout d'un coup, soit spontanée, soit provoquée (mastication) : le malade pousse un cri bref, plaintif, il ouvre la bouche et souffle comme s'il avait dans la bouche un aliment trop chaud ; puis pousse une série de gémissements ou de petits cris plaintifs, assis sur son lit, cramponné à ses draps qu'il serre convulsivement, agitant la tête à droite et à gauche sans pouvoir parler. Les larmes coulent sur sa figure et après quelques minutes la bouche se remplit de salive et le malade dit « c'est fini ». On le voit alors laisser couler de sa bouche une quantité abondante de salive blanche, un peu salée, qui s'accumule dans la cavité buccale et descend dans la cuvette du malade en stalactites filantes et légèrement opalescentes. Des fosses nasales s'écoule également un liquide filant et jaunâtre

L'épiphora est beaucoup moins prononcé qu'il n'était autrefois, mais l'hypersécrétion salivaire est considérablement augmentée, persistant assez longtemps après la crise douloureuse qui a au contraire diminué en durée.

Pendant cette crise salivaire, le malade a la parole embarrassée, par le fait même de l'excès de salive et par crainte que les mouvements ne réveillent les douleurs, ce qui détermine une contracture des masticateurs.

Dans l'intervalle des accès, la peau est le siège d'une sensation d'agacement assez marquée. La pression du point sus-orbitaire ramène la douleur, pendant les crises mais non en dehors d'elles.

Le malade ne présente pas de troubles oculaires, l'ouïe est assez diminuée. La sensibilité est conservée sous toutes ses for-

mes du côté gauche. A droite il y a hyperesthésie au moment des crises.

La vue est un peu diminuée, mais le malade présente de la micromégalopsie. L'odorat est diminué à droite, le goût est conservé.

On n'observe rien de particulier du côté des autres organes. Il y a un peu de bronchite chronique, de la constipation habituelle.

L'intelligence ne paraît pas être touchée, mais le malade est devenu très irritable et pleure à la moindre occasion. Il présente d'ailleurs un léger état de mélancolie.

A la date où nous publions cette observation, la prédominance des crises hypersécrétoires s'est encore accentuée. Le malade n'a plus que des crises assez éloignées, caractérisées par une production abondante de salive avec quelques douleurs en éclairs survenant de temps à autre au moment de la crise.

OBSERVATION VIII

Troubles de la sécrétion salivaire dans les oreillons. (Simon et Prautois, *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1892).

L'enfant X..., âgé de 10 ans, est entré à la clinique des enfants le 26 mai 1891. Habituellement bien portant, il fut atteint il y a trois mois de fièvre ourlienne bénigne; une épidémie d'oreillons régnait alors dans le village où il habitait avec ses parents. La maladie évolua sans aucune complication; on ne jugea pas nécessaire d'appeler un médecin, aucun remède ne fut administré. Vers la fin de l'affection, une salivation assez abondante s'établit et augmenta bientôt au point

de devenir une gêne réelle. La famille se décida alors à mettre l'enfant en pension à l'hôpital. Le malade, robuste et d'une bonne constitution, ne présente rien d'anormal du côté des différents appareils ; les parotides ne sont pas augmentées, la muqueuse buccale et pharyngée est normale, un seul symptôme attire l'attention, c'est la salivation. (Un tableau indique les quantités de salive rejetées dans les 24 heures et qui ont atteint 250 centimètres cubes, et leur diminution progressive sous l'influence du sulfate d'atropine).

OBSERVATION IX. (Tanquerel des Planches. Résumée).

Sialorrhée apparaissant comme trouble de la ménopause.

M^{me} E..., 43 ans, mariée et ayant eu trois enfants, d'un tempérament sanguin et habituellement bien portante, était depuis cinq ou six mois tourmentée par des palpitations, de la céphalalgie, des bouffées de chaleur, des crampes dans les jambes, lorsque tout à coup elle se sentit prise d'un flux salivaire très abondant. Mal réglée depuis un an, ayant la figure rouge, les gencives colorées, le pouls fort et large, une saignée améliora son état général mais ne tarit pas son ptyalisme.

Etat actuel : En 24 heures, elle laisse écouler de sa bouche un litre 1/2 de salive, de plus elle fait de fréquents efforts de déglutition. Pendant le sommeil, le ptyalisme semble s'arrêter complètement

Pas d'altérations de la bouche, pas de maladies vénériennes, ni de traitement mercuriel. Des sueurs fréquentes et abondantes que présentait la malade avant cette hypersécrétion ont disparu. Elle accuse encore de la céphalalgie, de la dyspnée, des palpitations, des bouffées de chaleur. Pas de lésions uté-

rines, pas de règles depuis deux mois. Le ptyalisme persistait depuis trois mois lorsqu'un matin, au réveil, elle constata une diminution considérable de la sialorrhée et l'apparition d'un épiphora qui dura neuf mois et ne céda qu'après une hémorrhagie utérine et un flux hémorroïdaire.

OBSERVATION X (Audebert). *Loco citato.*

(Rétroflexion de l'utérus gravide. Sialorrhée).

M^{me} C..., 38 ans, couturière, réglée pour la première fois à 15 ans, sans aucun antécédent hystérique, n'a jamais été malade jusqu'à sa première grossesse, qui a eu lieu en 1883, et qui n'a été marquée que par quelques vomissements pendant les deux premiers mois, sans retentissement sur l'état général et sans hypersécrétion des glandes salivaires. L'accouchement spontané donna naissance à une fille à terme qui a vécu ; pendant les suites de couches, survinrent quelques phénomènes infectieux, fièvre, lochies fétides, qui furent traités par des lavages vaginaux et intra-utérins. Levée seulement au bout d'un mois, M^{me} C... ressentit pendant longtemps des douleurs dans le bas-ventre, de la gêne pour uriner, avec sensation de pesanteur et pertes blanches assez abondantes ; mais comme toutes ces douleurs étaient très supportables, elle ne consulta personne ; cet état persista pendant plusieurs années sans s'aggraver, jusqu'au moment où elle devint enceinte pour la seconde fois.

Les dernières règles apparurent vers la fin du mois de novembre 1895. Dès les premiers jours de décembre, M^{me} C... remarqua qu'elle avait constamment la bouche pleine d'eau, sans cependant éprouver la moindre nausée; puis elle commença à saliver et à cracher et, à la fin du mois, elle était en proie à un crachotement incessant; les vomissements ne se sont montrés qu'à deux reprises, à la suite de l'absorption d'un plat que la malade avait en dégoût; ils ont été totalement supprimés pendant le reste de la grossesse. Peu à peu, les digestions devinrent pénibles, l'appétit nul, et M^{me} C... commença à maigrir d'une façon notable; elle pouvait encore travailler, à condition de s'entourer la bouche d'un mouchoir qu'elle était obligée de changer fréquemment. A ce moment, les mictions se montrèrent plus difficiles, et deux ou trois fois, elle fut atteinte de rétention d'urine qui céda après un grand bain chaud. On lui conseilla alors des lavages de la cavité buccale avec une solution boriquée, puis avec une macération d'écorces d'oranges, Elle suivit encore pendant une quinzaine de jours un traitement bromuré à la dose de 2 grammes par jour, le tout sans résultat.

Quand elle vint me consulter, vers le milieu de février, son émaciation était extrême; quoique d'une taille un peu au dessus de la moyenne, elle ne pesait plus que 45 kilog.; elle ne prenait aucun aliment solide, éprouvait une grande gêne pour déglutir; mais elle absorbait de très grandes quantités de liquide, en particulier du lait. Les urines étaient rares, de couleur foncée, la figure très amaigrie, la peau sèche, les traits altérés; la malade dormait à peine et s'évanouissait fréquemment. Je ne constatai pas la présence de l'albumine dans les urines; pas d'élévation de température, pas de gonflement au niveau des glandes salivaires, mais les gencives rouges, congestionnées, saignaient facilement. L'examen obstétrical me permit de reconnaître les faits suivants: au dessus du pubis,

ni par le palper, ni par la percussion, je ne trouvais la tumeur utérine que, d'après l'âge de la grossesse (deux mois et demi), je m'attendais à rencontrer. Mais en pratiquant le toucher, je vis que le col, ramolli en partie, était fortement porté en avant et remonté derrière la symphyse, la lèvre antérieure en contact avec le pubis, et que toute la moitié postérieure de l'excavation était occupée par une tumeur renitente et élastique, assez volumineuse, se continuant avec le col dont elle n'était séparée que par un coude assez marqué. Cette tumeur n'était pas réductible et chaque tentative de relèvement provoquait de vives douleurs et une défense assez vive de la malade. Le col était à peu près sain, sans érosions ni déchirures. Il s'agissait donc d'une rétroflexion irréductible de l'utérus gravide.

Pendant quelques jours, M^{me} C... fut mise en observation. Durant ce temps, la dose quotidienne de bromure de potassium fut portée à 4 grammes, la malade dut garder le lit et, de préférence, le décubitus abdominal ; chaque jour elle prenait une longue injection vaginale tiède et un grand lavement. Le liquide échappé de la bouche fut recueilli chaque jour et voici la quantité obtenue :

Le 20 février, 700 gr. ; le 21 février, 640 gr. ; le 23 février, 810 gr. ; le 24 février, 770 gr.

Ces chiffres ne présentent qu'une partie de la salive sécrétée ; d'abord une certaine quantité était déglutie ; de plus, tout le liquide n'était pas recueilli dans des vases *ad hoc* ; les linges, serviettes dont la malade se garnissait en absorbaient une portion considérable. Ce liquide était aqueux, très clair et à peine filant.

Le 26 février, la malade étant dans la position gènu-pectorale, j'opérai assez facilement sans chloroforme, à l'aide de deux doigts, la réduction de l'utérus, et je le maintins par un gros tampon placé dans le cul-de-sac postérieur ; quelques

douleurs utérines, survenues dans la journée, furent calmées par des lavements laudanisés ; le soir, j'enlevai le gros tampon et je le remplaçai par un petit ruban de gaze iodoformée, roulé en boule ; l'utérus resta fixé dans la position normale, et le déplacement ne se reproduisit plus. Or, à partir de ce moment, la sialorrhée diminua d'une façon surprenante : le jour même de l'opération, le liquide ne fut pas recueilli, mais deux serviettes seulement furent imbibées ; le lendemain, l'expuition quotidienne fut réduite à 160 grammes et, au bout de trois jours, cessa à peu près complètement ; l'alimentation solide fut reprise et, vers la fin du mois suivant, M^{me} C. .. avait repris son embonpoint et ses forces. La suite de la grossesse fut normale ; l'accouchement se fit à terme le 23 août, dans de bonnes conditions.

La marche des accidents peut donc ici se résumer de la façon suivante : à la suite de la première grossesse, endométrite infectieuse et rétroflexion consécutive ; au début de la seconde grossesse, accidents d'hypersalivation qui cèdent à la réduction de l'organe rétrofléchi, réduction qui s'effectue avec une facilité relative.

OBSERVATION XI (Tanquerel des Planches.

Journal de Médecine, 1844).

Une femme de chambre âgée de 35 ans, entre à la Charité, le 3 janvier 1843, pour se faire traiter d'une salivation abondante, dont elle était tourmentée depuis quelque temps. La malade qui n'était point mariée et n'avait jamais eu d'enfants nous raconta qu'au mois de novembre 1842, elle avait été prise tout à coup, sans cause connue, de vomissements et d'un flux de salive considérable.

Pendant cinq semaines les vomissements et le ptyalisme persistent ; mais dès ce moment, c'est-à dire vers le 15 décembre les vomissements cessèrent et la salivation augmenta.

Cette femme nous affirma à plusieurs reprises n'avoir jamais eu de maladies vénériennes et n'avoir point fait usage de mercure ; depuis 7 à 8 ans elle était sujette à des attaques de nerfs se renouvelant tous les deux à trois mois. Habituellement assez mal réglée, elle avait fréquemment des migraines, des palpitations et des coryzas.

Etat actuel. — La malade a presque sans cesse la bouche entr'ouverte d'où s'écoule un liquide d'un blanc grisâtre, un peu trouble, ressemblant à une dissolution de gomme, notablement alcalin et mélangé à une certaine quantité d'air ; deux vases ayant la capacité de 1 litre 1/2 sont remplis de salive.

Cette énorme quantité de salive a été rendue en l'espace de 14 heures.

La malade fait souvent de grands efforts pour avaler une portion du liquide qui sans cesse s'accumule dans la cavité buccale. Par moment elle se plaint d'une espèce de frémissement ondulatoire le long des joues, suivant le trajet du canal de Sténon, analogue à la sensation que produirait le mouvement d'une grande quantité de fourmis ; cette sensation coïncide constamment avec l'arrivée de la salive en grande quantité dans la bouche.

Pendant la durée de l'acte de la digestion, l'écoulement salivaire diminue notablement. La bouche étant sans cesse pleine de liquide salivaire, la prononciation est gênée, la parole modifiée dans son timbre et la voie affaiblie.

La membrane muqueuse buccale et gencivale ne présentent pas la plus légère altération matérielle appréciable. La malade n'accuse non plus aucune souffrance dans la cavité buccale. Seulement elle est fatiguée d'ouvrir sans cesse la bouche ainsi que des fréquents efforts de déglutition auxquels elle se livre.

La langue est blanchâtre, humide, large ; l'appétit est assez bien conservé et les fonctions digestives s'accomplissent souvent régulièrement. Quelquefois des tiraillements ou des crampes d'estomac, suivis de vomissements d'une matière muqueuse, plus consistante que celle du flux salivaire, se déclarent mais d'une manière passagère. Quoique la soif soit assez prononcée, cependant la malade ne boit pas plus de deux pots de tisane par jour. Le ventre a un volume assez considérable, dû à l'accumulation d'une notable quantité de gaz dans les intestins ; du reste il y a habituellement de la constipation. Cette femme est amaigrie, pâle, faible ; cependant on ne constate aucun bruit de souffle soit à la région précordiale, soit le long des artères carotides. Elle se plaint de douleurs siégeant à la partie supérieure de la tête, qui reviennent fréquemment sous forme d'élançements mais à des époques irrégulières ; des bourdonnements d'oreille et même des étourdissements se font également sentir assez souvent, des crampes occupent fréquemment les jambes, les cuisses, et quelquefois même les bras et les mains. On cherche sur tout le tronc, les membres, la tête et la face des traces de paralysie, d'anesthésie ou de névralgie sans pouvoir en découvrir.

La peau conserve ordinairement une sécheresse marquée ; les urines sont assez pâles, du reste l'acide nitrique et la chaleur n'y décèlent aucun précipité. Le pouls filiforme et régulier donne 72 pulsations par minute, on compte 20 respirations.

La malade affirme qu'elle n'a pu dormir pendant 9 semaines, en raison de l'abondance du flux salivaire.

Depuis quelques jours le sommeil est assez bon ; pendant qu'elle dort une certaine quantité de salive s'échappe par les commissures de la bouche et inonde l'oreiller.

L'exploration la plus minutieuse des poumons, du cœur, du foie, de la rate des reins ne révèle rien.

Le toucher vaginal démontre que le col utérin est un peu

volumineux ; les menstrues ont cessé depuis trois mois ; il n'existe ni écoulement ni douleurs dans les parties génitales.

La malade prit chaque jour une bouteille d'eau de Vichy, puis de la magnésie à la dose de 24 grammes, en même temps, tous les soirs une pilule de 3 à 5 centigrammes d'opium. Désespérée de ne point guérir la malade sortit après un séjour de 8 jours.

Deux mois après sa sortie, je fus la voir, le flux salivaire avait disparu ; cette femme avait un ventre volumineux. le toucher me fit reconnaître les signes de la grossesse la mieux caractérisée. Cinq mois plus tard elle accoucha d'un enfant bien conformé ; depuis elle s'est bien portée.

OBSERVATION XII. (Tanquerel des Planches. Résumée).
Sialorrhée critique dans la pneumonie.

Une femme âgée de 41 ans, lingère, d'une forte constitution, habituellement bien portante, entre à la Charité le 6 août 1840. Elle avait eu un enfant à 27 ans ; depuis deux ans ses règles ont cessé de paraître ; elle n'a jamais subi de traitement mercuriel.

Cette femme était atteinte de pneumonie du côté droit qui fut combattue avec succès par les saignées générales, l'administration du tartre stibié, du camphre et du quinquina. Ces derniers médicaments furent donnés pour combattre la gangrène du poumon que les crachats d'un jaune-brun, très fétides faisaient craindre.

Le 21 septembre, la malade était en pleine convalescence, la fièvre avait cessé, il n'y avait plus d'expectoration, l'appétit était revenu, lorsqu'elle éprouva du côté de l'estomac des aigreurs, des nausées.

Etat actuel : La malade laisse souvent échapper de sa bou-

che une grande quantité de liquide presque limpide, légèrement blanchâtre. Elle a rendu d'abord environ 500 grammes dans les 24 heures, les jours suivants 1000 grammes sans nausées, sans vomissements, éprouvant un goût de fumeterre dans la bouche, sans rapports gazeux ni acides après avoir mangé. Vers la fin de septembre, la quantité de salive rendue s'élève à 1500 grammes dans les 24 heures. L'examen de la bouche ne nous montre aucune trace de lésion de texture des organes, et des tissus.

L'administration de magnésie en poudre à la dose de 4 grammes, puis de poudre de charbon à la dose de 60 centigrammes, fait que la malade sort le 31 octobre, guérie de son ptyalisme.

CONCLUSIONS

1° La sialorrhée n'est qu'un symptôme qui peut se présenter dans un grand nombre d'affections très différentes, et qui doit prendre place dans la pathologie générale à côté des autres symptômes de même valeur, polyurie, ictère, glycosurie, etc.

2° En ce qui concerne le groupement nosologique des cas où la sialorrhée peut se produire, nous avons suivi dans notre exposé la classification indiquée par MM. Klippel et Lefas, en la complétant toutefois par quelques cas particuliers.

3° Par l'analyse des observations, nous avons tenté d'unifier la pathogénie et de montrer que l'hypersecretion salivaire pathologique est, comme la physiologie l'a montré pour la sécrétion salivaire, sous la dépendance étroite du système nerveux et des fibres excito-sécrétoires, sauf dans quelques cas tout particuliers (muscarine)

L'excitation qui détermine la sialorrhée peut agir soit directement sur le centre salivaire, soit sur les

filets nerveux centrifuges, soit enfin par action *réflexe*, dont le point de départ peut avoir une localisation très variable.

Dans tous ces cas de sialorrhée, ou bien il y a une lésion ou une irritation intéressant l'axe cérébro-spinal, ou bien une hyperexcitabilité du système nerveux, tantôt permanente (névroses), tantôt passagère (grossesse), qui explique l'intensité que présente le réflexe.

La sialorrhée essentielle ou névrose salivaire comprend les cas où l'hypersécrétion est le symptôme unique ou dominant de cette hyperexcitabilité nerveuse.

4° Enfin nous avons essayé d'établir la valeur diagnostique positive ou négative de l'hypersécrétion salivaire, dans des cas de paralysie faciale d'un diagnostic difficile (paralysie d'ordre hystérique ou d'ordre névritique). Et pour ce faire, nous avons proposé l'emploi de la pilocarpine.

BIBLIOGRAPHIE

Ahlfeld. — Hypérémésis gravidarum, Ptyalismus, Hystéria.
(Central für gynécol., 1891, n° 17.)

Audebert. — Une complication rare de la rétroflexion de l'utérus gravide. (Presse médicale, sept. 1897.)

Barnes. — Traité d'obstétrique.

Bué. — Presse médicale, 1897.

Bechterew et Mislawsky. — Neurologisches Centralblatt, 1888).

Blocq et Onanoff. — Seméiologie et diagnostic des maladies nerveuses, 1892.

Charpentier. — Traité d'accouchements.

Charcot. — Maladies du système nerveux.

Claisse et Dupré. — Société de biologie, 1894, 27 janvier.

Crisliani. — (Rivista sper. di freniatria e Med. leg. XX, 2).
La scialorrea negli alienati.

Féré — Société de Biologie, 1891. Sialorrhée dans la paralysie générale.

— Société de Biologie, 1894. Sialorrhée chez un épileptique.

Gley. — Société de Biologie, mai 1894.

Galippe. — Société de Biologie, 1894, 3 février.

Gérard. — Société de Biologie, nov. 1897.

Gæbel. — Thèse Berlin, 1889. Etiologie et pathogénie du ptyalisme.

Heimann. — (Therapeutische Monatshefte, février 1893).
Sur un cas de ptyalisme idiopathique.

Hutchinson. — Clin. Journal, London, 1895-96.

Jawein. — Pathologie clinique de la salive. (Wiener Med. Presse, 10 avril 1892.)

Klippel et Lefas. — De la sialorrhée. Revue in Gazette des Hôpitaux, mai 1897.

— Des altérations des glandes salivaires dans la sialorrhée des tabétiques. (Bull. de la Soc. de Biologie, 12 fév. 1897.)

— Crises hypersécrétoires dans le tic douloureux de la face. (Bull. de Soc. de Biol., février 1897, p. 181.)

Klippel. — Des troubles du goût et de l'odorat dans le tabès. (Archives de Neurologie, 1897.)

Langley. — Journal of physiologie, année 1890-91.

Letulle. — Article « Salivation ». Nouveau dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques.

Lwoff. — Bolnitch Gazetta Botkinæ, 1896, n° 18. Du ptyalisme dans la grossesse.

Mathieu. — Sialorrhée dans l'hystérie. (Soc. Médic. des Hôpitaux, 1896.)

Mott. — Clinic. Soc. of London, 1895.
(Salivation in Case of pseudo bulbar paralysis.)

Moussû. — Innervation de la Parotide. (Arch. de Physiologie, 1890.)

Noé. — La perméabilité rénale et son influence sur la sécrétion salivaire. (Soc. Biologie, février 1895.)

- Cetlinger.* — Des vomissements périodiques ou crises gastriques essentielles. (Semaine médicale, 14 juillet 1897.)
- Pierret.* — Thèse Doctorat, Paris, 1876.
- Peyer.* — (Münch. Medicin. Woch., 15 janvier 1889.) Relation de la salivation nerveuse avec les maladies sexuelles.
- Shand.* — (New-York Medical Journal, 1892). Cas de Ptyalisme par le colchique.
- Simon et Praulois.* — Troubles salivaires dans les oreillons (Revue génér. de clinique et de thérapeutique, 1892)
- Tanquerel des Planches.* — Journal de Médecine, 1844.
- Tarnier et Budin.* — Traité d'accouchements.
- Thompson.* — Compte rendu de la Soc. des Pratic. de New-York. (Medical Record, 1895, mai).
- Trousseau.* — Cliniques de l'Hôtel-Dieu. Salivation dans la variole.
- Vulpian.* — Leçons sur la salive dans le journal « L'Ecole de Médecine », 1874.
- Wertheimer.* — Archives de Physiologie, 1890. (Recherches sur les nerfs des glandes salivaires).

TABLE

<i>Avant-propos</i>	5
<i>Introduction</i>	8
<i>Chapitre premier.</i> — 1° Rôle du système nerveux dans la sécrétion des glandes salivaires Historique.....	11
2° Salivation expérimentale. Voie cen- trifuge. Voies centripètes. Centre salivaire.....	14
<i>Chapitre deuxième.</i> — A. Description du symptôme.....	20
B. Modifications de la salive.....	24
<i>Chapitre troisième.</i> — Cause de la sialorrhée.....	27
A. Sialorrhée essentielle. Névrose sa- livaire.....	27
B. Sialorrhée dans les névroses.....	29
C. Sialorrhée dans les maladies or- ganiques du système nerveux.....	33
D. Sialorrhée dans les maladies des différents viscères.....	41
E. Sialorrhée dans les infections et les intoxications.....	49
<i>Chapitre quatrième.</i> — Etat des glandes salivaires dans la sialorrhée expérimentale et patho- logique.....	53
<i>Chapitre cinquième.</i> — Diagnostic. Pronostic. Traitement...	58
<i>Observations</i>	62
<i>Conclusions</i>	86

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,
HUTINEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

